



Tesis Doctoral

Relación entre Ansiedad Rasgo, Sensibilidad a la Ansiedad y Síntomas de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

Facultad de Psicología

Universidad de Málaga

2015

Doctorando: José Fernández Valdés

Directora: Aurora Gavino Lázaro

AUTOR: José Fernández Valdés

 <http://orcid.org/0000-0002-6743-3674>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

Relación entre Ansiedad Rasgo, Sensibilidad a la Ansiedad y Síntomas de Ansiedad en Niños y Adolescentes

Doctorando: José Fernández Valdés

Directora: Aurora Gavino Lázaro

Dña. **AURORA GAVINO LÁZARO**, con DNI 19874672G, Catedrática de Universidad del Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico, certifica que D. **José Fernández Valdés**, con DNI 24890440R ha realizado la Tesis Doctoral titulada "*Relación entre Ansiedad Rasgo, Sensibilidad a la Ansiedad y Síntomas de Ansiedad en Niños y Adolescentes*" bajo mi dirección.

Asimismo, certifico que dicho trabajo de investigación cumple los requisitos necesarios para someterse a defensa pública para la obtención del título de doctor.

En Málaga a 03 de noviembre de 2015



Fdo. Dra. Aurora Gavino Lázaro

Catedrática de Universidad del Departamento de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Facultad de Psicología
Universidad de Málaga

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Campus Universitario de Teatinos. 29071 Málaga. Tlf.: 952 13 25 29. Fax: 952 13 11 01.

Quiero agradecer a mi Directora D^a Aurora Gavino Lázaro, por quien siento una gran admiración desde la primera clase que recibí de ella en los cursos de doctorado a principios de los años noventa, que desde el primer momento haya confiado en que yo estaba en disposición de acometer, dadas las circunstancias, esta ‘aventura propia de la juventud’ y aceptara la dirección del presente trabajo.

De otra parte, no quiero olvidar, en ningún momento, algunas orientaciones imprescindibles por parte de D. Antonio Godoy. Muy agradecido.

Agradezco infinitamente a mis padres que hayan confiado en mí de forma incondicional. Siempre.

Gracias Estrella, por tu paciencia, tu comprensión y por haber sabido estar, incluso, por haber sabido no estar.

Gracias Daniel, porque cuando ya a deshoras iba decayendo, el ver tu habitación iluminada me hacía sentir acompañado y me animaba a seguir, siempre con algún momento de agradecida charla que nos permitían ‘microdescansos’ evidenciando tu generosidad.

Gracias Ángela, porque tu capacidad de lucha y de tomar decisiones es ejemplar y está en sintonía con tu valentía.

Gracias por vuestro ánimo Angelines, Meme y Miguel Ángel.

De forma especial y por su inestimable ayuda a mi sobrina Clara, futura colega. Gracias Ángela y Edén porque me ayudáis a pensar y me hacéis reír con mucha facilidad. Gracias de forma muy especial a la que será una luchadora de raza, mi recién llegada y tan querida sobrinita Lola.

Me siento orgulloso de que vosotros seáis mi familia.

Por último, quiero expresar mi total agradecimiento a todos aquellos y aquellas que en algún momento habéis pensado, sentido o creído que por lo que hacíais o decíais, me estabais ayudando.

Muchas Gracias.

«Cacambo, que siempre daba tan buenos consejos como la vieja, le dijo a Cándido: “Ya no podemos más, hemos caminado bastante; veo una canoa vacía en la orilla, llenémosla de cocos, echémonos en esa barquita, dejémonos llevar por la corriente; un río lleva siempre a algún lugar habitado. Si no encontramos cosas agradables, al menos encontraremos cosas nuevas.

-Vamos, dice Cándido, encomendémonos a la Providencia”».

‘Cándido’. Voltaire.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN TEÓRICA	1
Introducción	2
CAPÍTULO 1. Trastornos de Ansiedad en Infancia y Adolescencia. Cómo se evalúa (SCAS y SCARED)	5
1.1 Trastornos de Ansiedad. DSM-IV-TR	8
1.2 Evaluación de los Trastornos de Ansiedad	12
1.2.1 SCARED	13
1.2.2 SCAS	15
CAPÍTULO 2. Qué es la Ansiedad Rasgo. Cómo se evalúa	19
2.1 STAIC-R	21
CAPÍTULO 3. Qué es la Sensibilidad a la Ansiedad, con qué se relaciona y evalúa en Infancia y Adolescencia	23
3.1 ASI	30
3.2 Evaluación en Infancia y Adolescencia de Sensibilidad a la Ansiedad	32
3.2.1 CASI	35
3.2.2 ASIC	41
CAPÍTULO 4. Relación entre Ansiedad Rasgo y Sensibilidad a la Ansiedad	47
TRABAJO EMPÍRICO	67
CAPÍTULO 5. Método	69
Introducción	70
5. Método	75
5.1 Participantes	75
5.2 Instrumentos	75
5.3 Procedimiento	85
CAPÍTULO 6. Análisis de Datos	87
6. Resultados	88
6.1 Análisis Factoriales	91
6.1.1 Análisis Factorial Exploratorio	91
6.1.2 Análisis Factorial Confirmatorio	93
6.2 Fiabilidad	97
6.3 Intercorrelación entre las escalas ASIC	98
6.4 Intercorrelación entre ASIC y otras pruebas	99
6.5 Hipótesis de que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad son constructos relacionados pero no idénticos	102
6.6 Hipótesis de que los ítems STAIC-R y del ASIC se agrupan en dos factores distintos	103
6.7 Relación entre SA y AR con los síntomas de Ansiedad	104
CAPÍTULO 7. Discusión	109
7.1 Adaptación del ASIC	112
7.1.1 Sobre fiabilidad del ASIC	116
7.1.2 Sobre la relación del ASIC con otras variables (Validez)	118
7.2 Sobre la relación entre Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad Rasgo	121
CAPÍTULO 8. Conclusión	127
REFERENCIAS	133
APÉNDICES	157

MARCO

TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

Entendemos que la ansiedad es una respuesta emocional ante lo que el sujeto percibe como una posible amenaza. Sabemos que muchos de los trastornos de ansiedad tienen su inicio en la infancia y si no se tratan persisten en la edad adulta con el coste, en todos los sentidos, que ello supone.

El estudio de los trastornos de ansiedad en la población adulta ha sido prolífico, por el contrario, tanto en la infancia como en la adolescencia estos estudios no han tenido la misma atención y han destacado otras investigaciones más relacionadas con problemas conductuales que inciden directamente en el entorno familiar y que se entendían más propios de esta franja de edad (hiperactividad, dificultades de atención y a lo más, trastornos de ansiedad por separación o alguna fobia). Es posible, por otra parte, que como señala Sandín (1997): “la distinción psicopatológica de los trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia está más difuminada que en la vida adulta, bien porque las fronteras nosológicas son más borrosas, bien porque el grado de comorbilidad de los trastornos es muy alto. Por ello, la clasificación es menos precisa que en la vida adulta”.

Para algunos autores, Barlow (2002) existe un factor de vulnerabilidad biológica y que sería heredable en los trastornos de ansiedad que cuantifica entre un 30% - 40% de vulnerabilidad en todos los trastornos de ansiedad. Por su parte, Gregory y Eley (2007) apuntan también hacia la heredabilidad de la Sensibilidad a la Ansiedad en los niños. Este constructo, Sensibilidad a la Ansiedad, marca las diferencias entre sujetos a

la hora de interpretar de una forma alarmista los síntomas y sensaciones físicas que provocan los estados de ansiedad. Lo veremos contrapuesto al otro importante constructo cual es, la Ansiedad como Rasgo de personalidad.

Disponemos de Escalas Específicas para evaluar la presencia, gravedad, intensidad de los posibles trastornos de ansiedad producidos en la infancia y/o adolescencia. En el presente trabajo describiremos algunas de las más relevantes y justificaremos el uso que haremos de algunas de estas escalas como la “Escala de Ansiedad Infantil de Spence” (SCAS, adaptada por Godoy et al., 2011) frente al “Cribado de Trastornos Emocionales relacionados con la Ansiedad Infantil” (SCARED, Brimaher et al., 1997; Romero et al., 2010; Vigil-Colet et al., 2009); el “Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo en Niños” (STAIC, Spielberger et al., 1973; Adaptación española, I+D de TEA, 1989); el “Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en la Niñez” (CASI, Silverman et al., 1991; adaptación española de Sandín et al., 1997). El “Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños” (ASIC, Laurent et al., 1998), prueba que ha sido considerada por Deacon et al. (2002) como una medida “económica, psicométricamente sólida y válida de la Sensibilidad a la Ansiedad en adolescentes”. Una propuesta de esta tesis será justamente adaptar el ASIC al español y confirmar que lo que decía Deacon sigue siendo válido en nuestra población infantil y adolescente.

Coincido plenamente con lo que expresó Laurent et al. (1998): “Dada la asociación entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la patología ansiosa, el desarrollo de instrumentos para evaluar la Sensibilidad a la Ansiedad en la infancia, tales como el ASIC y el CASI... Debido a que las intervenciones basadas en habilidades tales como

la terapia cognitivo-conductual puede reducir significativamente la Sensibilidad a la Ansiedad... Hay una posibilidad emocionante para la implementación de una intervención primaria, de prevención, que puede anticipar eficazmente y evitar la ansiedad y las reacciones de pánico entre los niños y adolescentes de alto riesgo”.

Así pues, las expectativas que justifican mi investigación no se pueden definir mejor y siendo tan escasas las herramientas para medir Sensibilidad a la Ansiedad en niños (CASI y ASIC) que sólo tengamos una de ellas adaptada a la población española (CASI, Sandín et al., 1997) se convierte en otro aliciente en el desarrollo del presente trabajo la adaptación a la población infanto-juvenil española del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (ASIC) y así dotarnos de otra opción que facilite la intervención a nivel primario que como todos estaremos en disposición de compartir, es la más deseable.

Pero fundamentalmente el objetivo principal de esta tesis pasa por demostrar nuestros postulados en cuanto a la diferencia entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo, plantearemos como hipótesis a comprobar que siendo constructos parecidos, no son idénticos. Esto es, Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad Rasgo son dos constructos, podríamos decir complementarios, lo que intentaremos demostrar empíricamente, ya que siendo esto así habrán de tenerse en cuenta a la hora de abordar los Trastornos de Ansiedad, pues entendemos que ambos tienen una participación específica y diferenciada en dichos trastornos.

CAPÍTULO 1

TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA CÓMO SE EVALÚAN: (SCARED Y SCAS)

Clark, D. A., y Beck, A. T. (2012) se muestran de acuerdo con autores como Craske (2003) respecto a la persistencia de la ansiedad cuando no es tratada y con Newman et al. (1996) quienes hacen hincapié en el hecho de que la ansiedad como trastorno suele aparecer por primera vez en la infancia y adolescencia evocando la cronicidad de ésta como un componente significativo de este trastorno. Como señala Godoy et al. (2012) la ausencia de diagnóstico favorece que los síntomas de ansiedad se vuelvan crónicos.

Los estudios epidemiológicos referentes a trastornos de ansiedad (TA), aún siendo poco precisos, están de acuerdo a la hora de indicar que son estos trastornos los que más se diagnostican en la infancia y la adolescencia (Echeburúa, E. y Corral, P., 2009). El índice de prevalencia para los TA oscila entre el 15% y 20% en esta población (Orgilés, M. et al., 2012). Para Teubert, D. y Pinquart, M. (2011) la prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes presenta un rango entre el 4% y el 25%. Como señalan Godoy et al. (2011) la ansiedad es uno de los problemas psicológicos más importantes y frecuentes en niños y adolescentes. (v.g. Muris, et al., 2002; Weems, 2008; Godoy, et al., 2011).

Todos aceptamos que la ansiedad hace parte del repertorio de conductas del ser humano y es útil a modo de mecanismo de defensa para proteger la salud; pero cuando el sujeto tiene sensación de ‘*incontrolabilidad*’ derivada de acontecimientos externos y/o internos es cuando aparecen términos como trastorno, síndrome, desorden, etc., en definitiva, cuando se cruza la frontera entre salud y patología. En la infancia y la adolescencia se produce una alta comorbilidad en los trastornos de ansiedad y depresión (Sandín, 1997) aunque no sólo entre ellos. Para Echeburúa “la distinción

psicopatológica de los trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia está más difuminada que en la vida adulta” (Echeburúa y de Corral, 2009).

1.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD. DSM-IV-TR

Siguiendo el DSM-IV-TR (2002) los problemas de ansiedad que se pueden diagnosticar en niños y adolescentes son:

- **F93.0 Trastorno de ansiedad por separación [309.21].** El niño presenta una ansiedad excesiva como consecuencia del alejamiento del hogar o de las personas con las que el sujeto está emparentado o mantiene un fuerte lazo afectivo. La extrema necesidad de sentirse acompañado le imposibilita estar solo en una habitación o dormir fuera de casa. Es fácil observar en el niño síntomas como cefaleas, náuseas, vómitos..., ante la posibilidad de separarse de la/s figura/s de apego. En niños y adolescentes menores de 18 años se mantiene esta alteración en torno a 4 semanas.
- **F41.0 Crisis de angustia (*panic attack*) [300.01].** El trastorno de pánico o de angustia se refiere a ataques de pánico, producidos sin que necesariamente haya un motivo o un estímulo desencadenante y de forma repetida en el tiempo. La aparición repentina de un miedo intenso expresado por al menos 4 de 13 síntomas somáticos y cognoscitivos identificados: palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de asfixia, molestias en el tórax, náuseas, miedo a “volverse loco”, miedo a morir...

Aunque los ataques de pánico pueden aparecer en la infancia –segunda infancia- la prevalencia global de este trastorno antes de los 14 años es muy baja.

- **F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21].** Cuando las crisis de angustia se producen en un sujeto y éste comienza a evitar, por ejemplo lugares públicos por el condicionamiento establecido, podemos afirmar que sufre un trastorno de angustia con agorafobia.
- **F40.00 Agorafobia [300.22].** Se establece este diagnóstico cuando un sujeto presenta una intensa ansiedad por exposición real o anticipatoria a situaciones donde el sujeto crea que no podrá escapar o donde si aparece una crisis de angustia no le ayuden, situaciones como: el uso de transporte público, estar en espacios abiertos, estar en lugares cerrados, encontrarse en medio de una multitud, estar fuera de casa solo.

Aunque se puede presentar agorafobia en la infancia, su mayor incidencia se encuentra en el final de la adolescencia y en la vida adulta temprana.

- **F40.2 Fobia Específica [300.29] (tipo animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, tipo situacional, otros tipos).** El sujeto sufre un miedo intenso, continuo, excesivo e irracional ante la presencia de objetos o situaciones específicos (estímulos fóbicos) o incluso al anticipar su aparición. La exposición a este o estos estímulo/s fóbico/s provoca sistemáticamente una respuesta ansiosa inmediata. El convencimiento de que es un temor desmesurado e irracional no es exigible para el diagnóstico en la infancia; si bien hay que observar que no se trate de un miedo típico de la edad.

- **F40.1 Fobia social [300.23].** El sujeto presenta un miedo permanente en relación a las situaciones sociales, el miedo a ser evaluado por los demás de forma negativa provoca la manifestación de una sintomatología propia de una crisis de angustia asociada a estos acontecimientos y que interfieren notablemente su actividad social, llevándole en la mayoría de las ocasiones a evitarlas. Los niños, obviamente, no siempre pueden decidir evitar una situación social lo que puede complicar el identificar estas situaciones con la particularidad de su ansiedad. Por otra parte, para establecer el diagnóstico de fobia social es preciso tener evidencia de que el niño se relaciona normalmente con sus familiares y que la ansiedad social se presenta cuando se relaciona con iguales. Cuando la fobia social aparece en la adolescencia se produce un descenso en el rendimiento académico así como la evitación de situaciones sociales.
- **F42.8 Trastorno Obsesivo-Compulsivo [300.3].** Se caracteriza por la presencia de ideas intrusas que generan un alto nivel de ansiedad en el sujeto (*obsesión*) y provocan conductas o actos mentales para evitar o contrarrestar dicha ansiedad (*compulsión*). Cuando el TOC se produce en un niño, a diferencia del adulto, no tiene por qué tener conciencia del exceso o de la irracionalidad de éste. El inicio del TOC suele producirse en la adolescencia o principios de la edad adulta siendo la edad de inicio menor en el hombre que en la mujer. Además, cuando el TOC se inicia en la infancia lo hace con mayor frecuencia en niños que en niñas.

- **F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81].** Cuando el sujeto es testigo o víctima de una situación estresante y muy traumática (peligro real para su vida o integridad física o presencia de accidentes graves o heridos o muerte de otras personas de forma violenta...) puede presentar una respuesta que manifieste miedo muy intenso, desesperanza; y en los niños particularmente, un comportamiento desestructurado o agitado. La aparición en niños de pesadillas que al inicio pueden relacionarse con el acontecimiento traumático y que después de varias semanas pueden ser generalizadas; la re-experimentación del trauma a través de juegos así como las creencias desagradables generadas sobre su futuro y la manifestación de síntomas como dolores de estómago y de cabeza, componen este cuadro que puede comenzar a cualquier edad.
- **F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02].** Un estado de inquietud y ansiedad excesiva durante un periodo de tiempo que supera los seis meses caracteriza el trastorno de ansiedad generalizada que en los niños se manifiesta junto a algún o algunos de los siguientes síntomas: fatiga, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular, trastornos del sueño. Los niños que sufren este trastorno de ansiedad se muestran muy preocupados por su rendimiento o por la calidad de sus actuaciones fundamentalmente en los ámbitos escolares y deportivos. El conformismo, la inseguridad y la insatisfacción ante sus resultados suelen estar presentes en los niños y adolescentes que sufren este trastorno.

1.2 EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Siendo este el escenario, donde observamos alta prevalencia de casos de ansiedad en la población infanto-juvenil y considerando lo que Clark y Beck (2012) señalan en cuanto a que muchos de los casos de ansiedad tienen su inicio en la infancia o en la adolescencia, se hace necesario detectarlos precozmente y así poder intervenir cuanto antes; para ello, entre los diferentes autoinformes que podríamos utilizar para evaluar la presencia de esta sintomatología, por ser creados expresamente para ser aplicados en esta población y no ser ajustados de un cuestionario de adultos y por su adaptación a la población española destacamos dos autoinformes fáciles y rápidos en su aplicación y que permiten evaluar las distintas categorías señaladas de la ansiedad según el DSM-IV-TR. Estos son el “Cribado de Trastornos Emocionales relacionados con la Ansiedad Infantil” -*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*- (SCARED), (Birmaher et al., 1997) y la “Escala de Ansiedad Infantil de Spence” -*Spence Children’s Anxiety Scale* (SCAS), (Spence, 1997).

1.2.1 SCARED

Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders- (SCARED)

Este es un cuestionario desarrollado por Birmaher et al., 1997 que en origen y a través de 38 ítems que presentan las opciones de respuesta utilizando una escala tipo Likert donde:

- 0 *equivale a nunca o casi nunca*
- 1 *equivale a algunas veces*
- 2 *frecuentemente o casi siempre*

Se presentaba como una herramienta de *screening* para los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente. Concretamente evalúa Trastorno de Pánico, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad por Separación, Fobia Social y Fobia Escolar. La baja discriminación que presentaba la prueba para la fobia social respecto a las demás provocó que Birmaher et al. (1999) le añadieran tres elementos más siendo esta versión de 41 ítems la que fue adaptada a la población española por Domènech-Llaberia, E., y Martínez, M. (2008) y a la población catalana por Vigil-Colet et al. (2009) quienes refieren rangos de fiabilidad presentando una consistencia interna $\alpha = 0,70$ y hasta 0,85 dependiendo de la escala así como buena validez al relacionarla con el STAIC, Revised Children's Manifest Anxiety Scales (RCMAS) y el Fear Survey Schedule for Children-Revised (FSSC-R) Muris et al. (1998), (Birmaher et al., 1999; Boyd et al., 2003; Hale et al., 2005; Wren et al., 2007).

Que la adaptación española del SCARED ha utilizado una población con un rango de edad desde los 8 a 12 años (Romero et al., 2010; Vigil-Colet et al., 2009),

siendo la muestra utilizada en nuestro estudio de 10 a 18 años, así como los problemas presentados en su estructura factorial (Vigil-Colet, et al., 2009; Muris et al., 2002; Carrillo et al., 2012) son los dos inconvenientes respecto al SCARED que han motivado que nos decantemos por usar en nuestra investigación la Escala de Ansiedad Infantil de Spence, SCAS.

Antes de entrar a describir esta escala (SCAS), aunque no se haya planteado expresamente, todos podemos convenir que la mejor opción para establecer un diagnóstico pasa por la entrevista clínica si bien su elevado coste en tiempo, cualificación exigida y por supuesto, económica hace que busquemos vías alternativas que ofrezcan garantías a la hora de poder detectar e intervenir y, en la medida de lo posible, evitar que se desarrollen problemas en la edad adulta. Como se ha señalado más arriba y de acuerdo con Weems (2008) la ausencia de diagnóstico e intervención facilitará que los síntomas relacionados con la ansiedad se amplíen hasta la edad adulta. En esta línea, un buen instrumento para evaluar los problemas de ansiedad en la infancia y adolescencia que, por otra parte ha demostrado su capacidad para distinguir entre muestras clínicas y no clínicas resulta ser la SCAS (Spence, 1998; Godoy et al., 2012).

1.2.2 SCAS

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS, Spence, 1997)

La “Escala de Ansiedad Infantil de Spence” (SCAS) propone cuatro alternativas de respuestas, tipo Likert donde:

0 = casi nunca,

1 = algunas veces,

2 = muchas veces

3 = casi siempre,

El sujeto escoge uno de estos cuatro tipos de respuesta a los 44 ítems que la componen y que pretenden evaluar trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil adecuándose a la clasificación propuesta inicialmente por el DSM-IV (APA, 1994), mediante la siguiente distribución: 6 ítems para evaluar Trastorno de Ansiedad por Separación (5, 8, 12, 15, 16, 44); 6 ítems para evaluar Fobia Social (6, 7, 9, 10, 29, 35); 6 ítems para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (14, 19, 27, 40, 41, 42); 6 ítems para el Ataque de Pánico (13, 21, 32, 34, 36, 37); 3 ítems para evaluar Agorafobia (28, 30, 39); 5 ítems diseñados para evaluar Fobia Específica –Miedos- (2, 18, 23, 25, 33); 6 para evaluar Ansiedad Generalizada (1, 3, 4, 20, 22, 24) y por último se introducen 6 ítems de Relleno (11, 17, 26, 31, 38, 43) que no evalúan ningún trastorno y pretenden amortiguar el sesgo negativo provocado por tanta situación problema a la que se expone al sujeto.

La versión de esta escala (SCAS) que he utilizado es la adaptada por Godoy et al. (2011) por resultar su traducción al castellano más comprensible para nuestra

población, que la traducción de Hernández et al. (2010) usada en la población mexicana.

Desde que Spence (1997) construyera esta escala en Australia ha sido adaptada en países como Alemania, Reino Unido, Chipre, Grecia, Suecia, Italia (Essau et al., 2010); México (Hernández et al., 2010); Cataluña (Vigil et al., 2009); Holanda (Muris et al., 2000); Japón (Ishikawa et al., 2001); España (Godoy et al., 2011); entre otros (China, Sudáfrica...) lo que ofrece referencias transculturales que, en cuanto a los datos psicométricos, apuntan en la misma dirección de forma general. Esto es, respecto a la fiabilidad, los datos sobre consistencia interna arrojan una alfa de Cronbach que varían entre $\alpha = 0,92$ y $\alpha = 0,94$. Las subescalas se mueven entre coeficientes que oscilan entre $\alpha = 0,70$ y $\alpha = 0,80$ siendo la subescala de Miedos la que presenta puntuaciones más bajas variando entre $\alpha = 0,53$ y $\alpha = 0,61$. Las puntuaciones test-retest expresan una moderada estabilidad temporal. Se ofrecen igualmente datos sobre Validez Convergente entre $r = 0,70$ y $r = 0,80$ con pruebas como el STAIC, SCARED, BAI, SDQ, CY-BOCS, WAQ; así como Validez Divergente con el CDI o el SDQ.

Los resultados obtenidos por Godoy et al. (2011) mediante análisis factorial confirmatorio sirven para afirmar que coincidiendo con estos datos transculturales, la escala (SCAS) evalúa seis de los trastornos de ansiedad clasificados según el DSM-IV-TR (APA, 2002) en niños y adolescentes ya referidos más arriba. Un dato importante a tener en cuenta es que la escala (SCAS) presenta invarianza factorial completa entre chicos y chicas así como en la franja de edades en que se ha aplicado.

La puntuación directa se obtiene mediante la suma de los puntos en cada ítem siendo las medias de la escala total en escolares –población no clínica- diferente según

los países en que se ha adaptado. La media total de la escala (SCAS) obtenida por Godoy et al. (2011) es de 25,26. Razonablemente, los niños con problemas de ansiedad puntúan por encima de los escolares en general.

Todos estos datos llevan a los distintos autores a concluir de forma coincidente que la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) es un instrumento válido para el *screening* diagnóstico de estos desórdenes.

CAPÍTULO 2

QUÉ ES LA ANSIEDAD RASGO CÓMO SE EVALÚA (STAIC-R)

La ansiedad considerada como un rasgo de personalidad es un constructo teórico defendido entre otros por Eysenck para quien los rasgos son: “factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de situaciones diferentes” (Eysenck y Eysenck, 1985) (Schmidt, V. et al., 2010). Cattell considera los rasgos como elementos descriptivos de la personalidad que sirven para marcar diferencias individuales y, según este autor, la mayoría de los rasgos serían innatos y heredables.

Entre la mayoría de autores que abordaron este constructo encontramos un cierto acuerdo a la hora de entender la ansiedad rasgo como un estado de alerta asociado a una hiperactivación fisiológica y ello como reacción a la valoración que un individuo hace generalmente ante situaciones ambiguas pero que son percibidas como amenazantes lo que desencadena celos, sobrecarga de pensamientos e hipervigilancia (Sylvers et al., 2011).

Spielberger, C. D. (1973) es uno de los principales defensores de la diferenciación entre la ansiedad como un estado emocional transitorio y la ansiedad como un rasgo de personalidad. Spielberger junto a sus colaboradores Edwards, Lushene, Montuori y Platzek (1973) desarrolló un cuestionario que se ha mostrado adecuado por sus características psicométricas para evaluar la ansiedad como rasgo en la población infanto-juvenil, el **State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)**.

2.1 STAIC-R

State-Trait Anxiety Inventory for Children

(STAIC E/R, Spielberger et al 1973).

El Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños fue creado por Charles D. Spielberger y colaboradores en California, 1973 y adaptado a la población española por el Departamento I+D de TEA Ediciones en 1989.

Esta prueba es desarrollada desde su análoga para adultos STAI y pretende medir Ansiedad en niños de 9 a 15 años considerando dos aspectos de este factor, la Ansiedad como Estado (A/E) diferenciada de la Ansiedad como Rasgo (A/R). Para ello se proponen dos escalas independientes de autoevaluación, la escala A/E que a través de 20 items –donde 10 son ‘positivos’ hacia la ansiedad y 10 expresan sentimientos ‘negativos’ de la ansiedad- con tres alternativas de elección: ‘Nada’, ‘Algo’ y ‘Mucho’ que los sujetos deben responder bajo la instrucción: “*Cómo se siente ahora*”, lo que se convierte en una estimación de la ansiedad temporal relacionada con una situación problema en el ámbito familiar, escolar o social. Por otro lado, la escala A/R consta igualmente de 20 items –en este caso, todos positivos hacia la ansiedad- que con las alternativas: ‘Casi nunca’, ‘A veces’ y ‘A menudo’ los sujetos deben elegir su respuesta ante la instrucción: “*Cómo se siente en General*”, lo que es “un intento de evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad” (N. Seisdedos, 2009).

Los datos que ofrece la prueba, respecto a la adaptación española, sobre Fiabilidad indican valores significativos. Así, la fiabilidad mediante el procedimiento de

las dos mitades (pares-impares) muestra un índice de 0,88 y 0,90 en A-E; y, 0,83 y 0,86 en A-R para hombres y mujeres respectivamente. Los estudios sobre consistencia interna mediante la fórmula Kuder-Richardson (KR-20) fueron de 0.87 (A-R) y 0.91 (A-E). En cuanto a la Validez, el manual informa sobre su validez de constructo, concurrente, predictiva y criterial.

La interpretación de los resultados se lleva a cabo principalmente mediante la transformación de las puntuaciones directas (PD) en puntuaciones normalizadas, concretamente Puntuación Percentil y Puntuación Típica ‘S’ con media 50 y desviación típica 20. Para la conversión de las puntuaciones se usan baremos diferenciados por género y divididos en dos grupos; de una parte alumnos/as de 4º a 6º curso de Primaria y de otra, alumnos/as de 1º ESO a 1º Bachiller.

CAPÍTULO 3

QUÉ ES LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD CON QUÉ SE RELACIONA Y CÓMO SE EVALÚA EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Aunque el concepto de Sensibilidad a la Ansiedad fue propuesto por diversos autores en el último medio siglo, tal vez Reiss (1987) se convierte en la cabeza visible con quien más directamente se relaciona este constructo. Así, cuando un sujeto, a diferencia de otros, relaciona una serie de sensaciones con la ansiedad y avanza un miedo desproporcionado, magnificando las sensaciones y temiendo lo peor ante síntomas físicos (p. ej., taquicardia, dificultad respiratoria...), cognitivos (p. ej., creer que puede perder el control...) y/o de carácter social (p. ej., sentirse evaluado negativamente por los demás...) hablamos de Sensibilidad a la Ansiedad, constructo psicológico principalmente desarrollado por Reiss y McNally (1985).

Podemos considerar la sensibilidad a la ansiedad como una variable de personalidad diferenciada de la ansiedad rasgo como veremos más adelante; pero que al igual que ésta se convierte en un factor de riesgo hacia los desórdenes ansiosos (Sandín et al., 2002). La sensibilidad a la ansiedad se ha considerado como una causa de debilidad ante posibles trastornos emocionales, principalmente el trastorno de pánico; pero también respecto a la depresión (Cox, Enns, Walker, Kjernisted, y Pidlubny, 2001) o miedos específicos (Fullana y Tortella-Feliu, 2000), situaciones observadas no sólo en la población adulta sino también como muestra Sandín et al. (2002) en la población infanto-juvenil.

Osma et al. (2014) refieren como diferentes autores (Maller y Reiss, 1992; Schmidt, Lorew y Jackson, 1997; Plehn y Peterson, 2002) relacionan las altas puntuaciones en sensibilidad a la ansiedad con un elevado riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad y trastorno de pánico.

En concreto, Plehn y Peterson (2002) en su estudio llevado a cabo entre 1986 y 1988 donde recogieron datos de 505 estudiantes mediante el ASI, el STAI-R y Autoinformes personales; posteriormente en 1999, se contactó con 178 de los sujetos

recogiéndose información sobre el desarrollo de síntomas de pánico y concluyeron que la ansiedad rasgo y sobre todo la sensibilidad a la ansiedad fueron los mejores predictores de cara al desarrollo de estos ataques. Existe bastante evidencia en la que se asocia la sensibilidad a la ansiedad con la inclinación a sentir miedo (Reiss, Gursky, Peterson y McNally, 1986; Reiss, Peterson y Gursky, 1998; Norton et al., 1987; Maller y Reiss, 1987; Muris et al., 2001; Deacon et al., 2002). Para Reiss (1991) los sujetos que presentan una elevada sensibilidad a la ansiedad evidencian una amplificación en sus respuestas ante los estímulos provocadores de ansiedad, viviendo estos síntomas de forma especialmente aversiva. Si bien la sensibilidad a la ansiedad se ha relacionado con todos los trastornos de ansiedad, es con el trastorno de pánico (Cox, Borger, Enns, 1999) que encontramos mayor documentación científica. Por lo que sabemos, la sensibilidad a la ansiedad constituye una disposición a desarrollar ansiedad que no requiere la experiencia previa de la ansiedad o el pánico para su propio desarrollo (Laurent et al., 1998). Así pues, ¿se convierte la Sensibilidad a la Ansiedad en un factor de propensión a desarrollar trastornos de ansiedad? La espiral que sugiere Reiss (1987) predice que la alta sensibilidad a la ansiedad aumenta la probabilidad de sufrir ataques de pánico, lo que a su vez, hace aumentar la sensibilidad a la ansiedad. Esta predicción se ve confirmada por los resultados de diferentes estudios (Donnell y McNally; Norton et al., 1987; citados por Maller y Reiss, 1987).

Recientemente Clark y Beck (2012) señalan cómo la sensibilidad a la ansiedad que ellos definen como “miedo o sensibilidad a experimentar ansiedad” representa un factor de vulnerabilidad de la personalidad donde los aspectos cognitivos adquieren un relieve destacado en referencia a los trastornos de ansiedad. Clark y Beck (2012)

consideran vigente la definición que Beck et al. (1985, 2000) hacían de la vulnerabilidad como *“la percepción de una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos de cuyo control carece o éste es insuficiente como para proporcionarle sensación de seguridad. En los síndromes clínicos, la sensación de vulnerabilidad se magnifica mediante ciertos procesos cognitivos disfuncionales”*. Un ejemplo de esto según los mismos autores podría ser el de un sujeto que teniendo una alta sensibilidad a la ansiedad posiblemente interpretaría un dolor en el pecho como un probable ataque cardíaco lo que dispararía su ansiedad experimentada a niveles elevados a diferencia de una persona con un nivel bajo de sensibilidad a la ansiedad quien ante las mismas circunstancias podría interpretar ese dolor como fruto de algún esfuerzo físico y no en clave de creencia catastrófica, lo cual no derivaría en un ataque de ansiedad. Así pues, la sensibilidad a la ansiedad se considera una variable de personalidad que hace que el sujeto amplifique las reacciones de miedo derivadas de la interpretación que éste hace de las sensaciones/situaciones físicas, cognitivas y/o sociales y que para estos autores juegan un papel importante tanto a nivel etiológico como de mantenimiento de los trastornos de ansiedad y muy específicamente ante los ataques de pánico con o sin agorafobia (Reiss, 1991; Taylor y Cox, 1998). Los resultados obtenidos por Osma et al. (2014) les llevan a remarcar, entre otros datos interesantes, que los sujetos sin patología que obtuvieron alta puntuación en sensibilidad a la ansiedad compartían un perfil de personalidad parecido a los sujetos del grupo con trastorno de pánico con y sin agorafobia.

Ante todos estos datos parece obvio que poder detectar a personas con alta sensibilidad a la ansiedad, que los identifican como sujetos vulnerables a los trastornos de ansiedad ofrece la posibilidad de una intervención preventiva que facilite al sujeto

26

estrategias de control cognitivas-conductuales y en la medida de lo posible evitar el desarrollo de buena parte de estos trastornos.

En su origen (Reiss y McNally, 1985) se creyó que la sensibilidad a la ansiedad era un constructo unitario para el que se desarrolló un instrumento de medida, el *Anxiety Sensitivity Index, ASI* –Índice de Sensibilidad a la Ansiedad- (Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986). Para Maller y Reiss (1987) el ASI es el resultado de tres años investigando sobre la capacidad de medir el miedo a la ansiedad de una serie de, en este caso, los 16 items que lo componen cuyo formato ofrece cinco opciones de respuesta al sujeto (desde 0 = muy poco, hasta 4 = mucho) con un nivel de comprensión exigido equivalente a secundaria y donde cada uno de los items alude al convencimiento de que experimentar esa sensación, preocupación o creencia acarreará unas consecuencias muy negativas; convirtiéndose en la principal medida de diferencias personales en sensibilidad a la ansiedad. Los datos psicométricos referidos a consistencia interna y aplicación test-retest indican una excelente fiabilidad y apoyan la opinión sobre la estabilidad y duración en el tiempo del nivel de sensibilidad a la ansiedad en las personas. Igualmente, Peterson y Reiss (1992) informan que las diferencias en las medias obtenidas por ambos sexos no son significativas considerándose, pues, la estructura factorial del ASI similar para hombres y mujeres. Se demuestra que el ASI es una medida muy válida de la sensibilidad a la ansiedad tanto en poblaciones normales como clínicas (trastornos de ansiedad, pánico, agorafobia, estrés postraumático, incluso ha demostrado aportar información importante en estudios sobre dolor crónico, abuso de drogas y abuso de alcohol) (en Taylor; Peterson y Plehn, 1999). Sobre la estructura factorial del ASI se han obtenido resultados diversos, desde una estructura

unidimensional –con un único factor- (McNally, 1996; Reiss, 1991; Taylor et al., 1991; Sandín et al., 1996), hasta los estudios que presentan una estructura multidimensional tanto con poblaciones de estudiantes universitarios (Cox et al., 1996; Stewart et al., 1997; Telch et al., 1989) como en población clínica (Cox et al., 1996; Taylor, 1996); Sandín et al., 2004 aboga por una estructura jerárquica. Investigaciones posteriores han documentado una estructura jerárquica y multidimensional (Deacon y Abramowitz, 2006; Deacon et al., 2003; Taylor y Cox, 1998). Peterson y Reiss (1992) también sugieren la existencia de un factor de orden superior con tres factores de orden inferior.

Para Deacon et al. (2006) los 16 ítems que componen el ASI serían insuficientes para evaluar las áreas somática, cognitiva y social del constructo psicológico sensibilidad a la ansiedad, entendido como multidimensional, con suficientes garantías de fiabilidad y validez de contenido. Por otra parte, Blais et al. (2001) señalaron que 5 ítems de la escala eran conceptual y psicométricamente problemáticos, afectando a la validez del constructo. En 1998, Taylor y Cox publicaron el ASI-R (36 ítems), en 2003 Deacon et al., realizaron un estudio en el que concluían que el ASI-R proporcionaba una evaluación más completa y fiable de las dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad. En este sentido, los resultados de Deacon et al. (2006) presentan el ASI-R como un instrumento más válido que el ASI para medir la sensibilidad a la ansiedad y sus dimensiones si se la considera como un constructo multidimensional. Taylor, Zvolensky et al. (2007) llevan a cabo una revisión del ASI, el ASI-R de 18 ítems cuya pretensión era mejorar la evaluación de las dimensiones cognitiva, física y social del ASI.

En cualquier caso por su rapidez de aplicación y utilidad clínica, la herramienta por excelencia utilizada para evaluar las diferencias individuales en la sensibilidad a la

ansiedad es el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, (ASI; Reiss; Peterson. Gursky y McNally, 1986) cuya carta de presentación viene avalada por la cantidad de estudios internacionales que corroboran sus buenas propiedades psicométricas (Peterson y Reiss, 1992; Reiss, Peterson, Gursky y McNally, 1986; Reiss y McNally, 1985; Taylor, 1995; Sandín et al., 1996). Como señalan Fullana y Tortella-Feliu (2000) el ASI es útil para evaluar “el miedo a la ansiedad y las creencias sobre sus posibles consecuencias”.

El ASI es considerado una medida internacional dada la cantidad de idiomas a la que ha sido traducida, más de una decena; alemán, francés, italiano, hebreo, catalán, mandarín..., y la versión española realizada por Sandín et al. (1996). El objetivo, conseguir validez transcultural del constructo sensibilidad a la ansiedad.

Por otro lado, Sandín et al. (2004) consideran que en términos generales, “existe una convergencia transcultural en la estructura de la ASI para la población de raza blanca (española, EEUU y Canadá)” a diferencia de los datos obtenidos por otros autores con una muestra comunitaria (Schmidt y Joiner, 2002), muestras de universitarios afroamericanos, indios americanos o, tal vez la más llamativa, la muestra de puertorriqueños (Cintrón, et al., 2005).

3.1 ASI

Anxiety Sensitivity Index (ASI, Peterson y Reiss, 1992).

El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad [Anxiety Sensitivity Index, ASI] (Peterson y Reiss, 1992) en la **adaptación española** (Sandín et al., 1999, 2004), respeta los 16 ítems del original así como la misma estructura e igual formato de respuesta utilizando una escala tipo Likert donde el sujeto indicará el nivel con que se identifica con cada una de las frases según sea su experiencia o cómo piensa que se podría sentir en el caso de tener esa experiencia, marcando:

0 = Nada en absoluto, 1 = Un poco, 2 = Bastante, 3 = Mucho, 4 = Muchísimo

El primer dato respecto a la traducción de Sandín et al., (1996) es que presentó una alta consistencia interna en línea con la versión original en inglés, presentando un alfa de Cronbach $\alpha = 0,80$ para el grupo control y $\alpha = 0,91$ en la muestra clínica. En Sandín et al. (2001), muestra de población normal, obtuvieron un alfa de Cronbach de $\alpha = 0,85$ y una puntuación media para hombres de 18,8 (DT = 9,3) y 22,1 (DT = 9,2) en mujeres, por tanto, dentro de los rangos que ofrecieron Peterson y Reiss (1992). Si bien al principio se consideró la Sensibilidad a la Ansiedad como una estructura unidimensional, (Sandín et al., 1996) en investigaciones posteriores los datos han provocado un giro en dicha hipótesis reforzando la opción de una estructura jerárquica compuesta por dos o tres factores de primer orden y un factor de orden superior (Schmidt y Joiner, 2002; Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002; Sandín, Chorot, Valiente, Santed y Lostao, 2004; Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005).

Stewart et al. (1997) llegan a la conclusión de que la estructura multifactorial y jerárquica era similar en hombres y mujeres. Que exista un factor general de orden superior como propone el modelo jerárquico es compatible con la propuesta de la hipótesis unifactorial que habla de una estructura unidimensional; lo que a nivel teórico, como señala B. Sandín permite la integración de las opciones a debate sobre las dimensiones del ASI.

Refiere Sandín et al. (2004) que sólo Zinbarg et al. (1997) han probado mediante análisis factorial confirmatorio la estructura jerárquica del ASI, y ello en una muestra clínica. Los coeficientes obtenidos por Sandín et al. (2004) en una muestra no clínica, destacan un factor general (Sensibilidad a la Ansiedad) sobre tres factores de orden inferior SA-somática, SA-cognitiva y SA-Social. Por lo que se apoya mediante análisis factorial confirmatorio la estructura jerárquica no apreciándose diferencias significativas entre hombres y mujeres en Sensibilidad a la Ansiedad. Por otro lado, los datos psicométricos que se ofrecen de la adaptación española del ASI los podemos encontrar en Sandín et al. (2005) mostrando una consistencia interna excelente el ASI total, los 16 items, con una alfa de Cronbach $\alpha = 0,84$ y $\alpha = 0,83$ para el ASI-Somática (7 items: 4, 6, 8, 9, 10, 11 y 14). El ASI-Cognitiva (5 items: 2, 3, 12, 15 y 16) presenta una buena consistencia, $\alpha = 0,77$ y el ASI-Social (4 items: 1, 5, 7 y 13) muestra una moderada consistencia interna, $\alpha = 0,50$. Las medias obtenidas están en el rango referido en el manual (Peterson y Reiss, 1992). Por último los datos sobre la validez convergente y discriminante muestran correlaciones moderadas y marcan las diferencias entre los tres constructos con la repercusión que a nivel clínico y terapéutico representan.

3.2 EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Si bien contamos con bastantes estudios en adultos sobre la Sensibilidad a la Ansiedad, no ocurre lo mismo respecto a la población infanto-juvenil, lo que no puede sorprender si tenemos en cuenta que en ese momento histórico aún se discutía si a los niños se les podía diagnosticar depresión, diversos trastornos de ansiedad, por ejemplo Nelles y Barlow (1988) son citados por Silverman y Weems porque se hacían eco de la duda del momento sobre la posibilidad de que los niños pudieran experimentar ataques de pánico por su falta de desarrollo cognitivo que les capacitara para realizar las interpretaciones y atribuciones necesarias para tener esta experiencia, en Taylor, (1999). Algunos argumentos utilizados por distintos autores podrían servir para explicar esta circunstancia; desde la inercia impuesta por la creencia mantenida de que los miedos o conductas que aparecían en la infancia, en su mayoría eran inherentes a las franjas de edad en las que el niño se encontraba haciendo parte del desarrollo evolutivo del infante y una vez abandonada la etapa, el desorden, supuestamente, quedaba atrás; hasta considerar, como señalamos más arriba, la insuficiente madurez cognitiva del niño, necesaria para realizar introspecciones que le llevaran a interpretar determinadas situaciones como terribles y/o catastróficas. Siendo éste el escenario, los primeros movimientos en la búsqueda de peculiaridades en estas etapas, diferentes de los adultos, comienzan a mediados de los años 70 y principios de 1980 cuando la investigación sobre ansiedad infantil, que hasta entonces era escasa y limitada prácticamente a conductas de miedo y fóbicas, comenzaría a ampliarse a otros trastornos de ansiedad como el pánico, trastorno obsesivo-compulsivo... (Laurent et al., 1998).

Previamente, como señalábamos más arriba, la psicopatología infanto-juvenil había recibido poca atención y la que recibía venía a considerar a los niños, como acertadamente señala M. Jiménez (1997), “no como niños sino como adultos en miniatura”. Sería en 1976 cuando un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud marcaría el antes y el después de esta situación, prueba de ello es la aparición del DSM III en 1980 que recoge 55 posibles diagnósticos referidos a trastornos en la infancia y adolescencia –en el DSM II se presentaban sólo 8 posibles diagnósticos en estas etapas del desarrollo- (Victoria del Barrio, 2010).

Desde la psicología clínica aplicada se observaba que en la mayoría de las historias clínicas de los pacientes los problemas comenzaban en la infancia (Victoria del Barrio, 2010). Ya hemos comentado que cuando los trastornos de ansiedad no son tratados tienden a perdurar en el tiempo teniendo muchos de ellos su origen en la infancia o en la adolescencia. Así, acontecimientos que pueden ser traumáticos en la vida de los niños –accidentes, hospitalizaciones, divorcio, pérdida de un ser querido, rechazo social, fracaso escolar... (Echeburúa y Corral, 2009); tal vez situaciones que oscilan desde un extremo; el abandono, hasta el otro, la sobreprotección como características principales de los estilos educativos aplicados por los padres hacia sus hijos, podrían favorecer la aparición y el desarrollo de una vulnerabilidad hacia los distintos trastornos relacionados con la ansiedad. Deacon et al. (2002) consideran que la sensibilidad a la ansiedad puede ser adquirida a través de la experiencia directa con la ansiedad, el aprendizaje por observación, el manejo de información errónea, incluso por la predisposición biológica.

Muris et al. (2001) observan que de forma general los estudios sobre sensibilidad a la ansiedad en los niños coinciden con las conclusiones extraídas de las investigaciones del constructo sensibilidad a la ansiedad en adultos. Primero, se puede considerar la sensibilidad a la ansiedad como un constructo unidimensional a un nivel de orden superior y multidimensional a un nivel de orden inferior. Segundo, la sensibilidad a la ansiedad parece tener entidad propia y aunque se pueda relacionar con el miedo, la ansiedad manifiesta y el rasgo de ansiedad, representa un dominio único de la ansiedad. Tercero, cuando el nivel de sensibilidad a la ansiedad es alto, se asocia con los trastornos de ansiedad y en especial con el trastorno de pánico.

Como venimos viendo, la Sensibilidad a la Ansiedad es considerada por los distintos autores como una variable de personalidad bastante estable demostrando ser un factor de riesgo útil para predecir desórdenes ansiosos (Sandín, 1997) por lo que resulta de gran valor identificar esta sensibilidad a la ansiedad en la población infantil y así poder prevenir el desarrollo de posibles trastornos de ansiedad. Cómo llevar a cabo esta tarea ha llevado a una serie de autores a realizar versiones de la escala para adultos desarrollando ítems paralelos a esta prueba.

Los estudios que se han centrado en el constructo de Sensibilidad a la Ansiedad en niños lo han hecho adaptando la prueba de adultos *Anxiety Sensitivity Index* (ASI; Reiss et al., 1986; Sandín et al., 1999) a la población infanto-juvenil resultando, por un lado el *Childhood Anxiety Sensitivity Index* (CASI; Silverman, Fleisig, Rabian & Peterson, 1991; Sandín et al., 1996) y, por otro el *Anxiety Sensitivity Index for Children* (ASIC; Laurent, Schmidt, Catanzaro, Joiner & Kelley, 1998) y cuya adaptación al castellano ofreceremos en este trabajo. Pasemos a la descripción de estos instrumentos.

3.2.1 CASI

Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI, Silverman et al. 1991)

El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en la Niñez (CASI) fue la versión que Silverman et al. (1991) desarrollaron a partir del ASI para adultos (Reiss et al., 1986) conservando los 16 items de éste y adaptándolos a la comprensión de niños y adolescentes cada uno de los cuales sirven para valorar el temor hacia los diferentes síntomas de la ansiedad para lo que se utilizó una escala Likert del tipo:

1 = Nunca; 2 = A veces; 3 = A menudo; 4 = Siempre

Y que servían al niño y/o adolescente para valorar cada ítem. Oscilando el rango de puntuación entre 16-64. Puntuación calculada mediante la suma de todos los elementos. Silverman et al., 1991 obtienen una fiabilidad y validez satisfactoria para el CASI, mostrándose la escala útil para predecir el pánico en adolescentes y diferenciar entre niños con o sin este trastorno de pánico. Los primeros resultados que obtiene Silverman et al. (1991) al administrar el CASI a una muestra no clínica de escolares presentaron una consistencia interna alfa de Cronbach $\alpha = 0,87$ similar a la obtenida en el ASI (Peterson y Reiss, 1987). La fiabilidad test-retest se evaluó mediante la aplicación del CASI después de un intervalo de 2 semanas siendo las correlaciones test-retest $r = 0,76$ para la muestra clínica y $r = 0,79$ para la muestra no clínica (Taylor, 1999). Al estudiar la estructura factorial del CASI (Silverman, Ginsburg, y Goedhart, 1999) encuentran apoyo empírico para el modelo jerárquico consistente en un factor general: ‘Sensibilidad a la Ansiedad’ (de acuerdo con el modelo unidimensional) y tres factores

específicos (de acuerdo con el modelo multidimensional): Preocupaciones físicas, Preocupaciones sobre incapacidad mental y Preocupaciones sociales.

La investigación de Muris et al. (2001) en su estudio con una muestra de adolescentes holandeses, población normal, de entre 13 y 16 años ofrece como resultado apoyado en ecuaciones estructurales que la Sensibilidad a la Ansiedad medida con el CASI puede ser conceptualizada como un constructo jerárquico con un factor de orden superior, Sensibilidad a la Ansiedad, y tres o cuatro factores de orden inferior etiquetados como: 1) Miedo a la excitación fisiológica [ítems: 4, 6, 8, 9, 10, 11 y 14], 2) Miedo a perder el control y a la evaluación social [ítems: 1, 5 7 y 13], y 3) Miedo a la incapacidad mental [ítems: 2, 3, 12, 15 y 16]; con una carga de factor sobre el factor de orden superior de 0,87 (factor 1), 0,79 (factor 2) y 0,94 (factor 3) y con una consistencia interna alfa de Cronbach $\alpha = 0,80$; $\alpha = 0,62$ y $\alpha = 0,77$ respectivamente. Cuatro factores de orden inferior: 1) Miedo a la excitación fisiológica [ítems: 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11 y 14], 2) Miedo a perder el control [ítems: 1 y 5], 3) Miedo a la incapacidad mental [ítems: 2, 12, 15 y 16], y 4) Miedo a la evaluación social [ítems: 7 y 13], con una carga de factor sobre el factor de orden superior de 0,88 (factor 1), 0,59 (factor 2), 0,90 (factor 3) y 0,82 (factor 4) y con una consistencia interna alfa de Cronbach $\alpha = 0,82$; $\alpha = 0,46$; $\alpha = 0,75$ y $\alpha = 0,34$ respectivamente.

Sandín et al. (2002) señalan que aunque aparentemente los resultados de Silverman et al. (1999) y los de Muris et al. (2001) guarden una cierta correspondencia, al comparar los datos de ambas investigaciones, los ítems del CASI que representarían cada uno de los 4 factores no coinciden.

Resultados similares obtiene Essau, Sasagawa y Ollendick (2010) en una muestra de 1292 adolescentes alemanes, el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en la Niñez (CASI) aplicado en esta investigación es una traducción al alemán de Schneider, (2003), es una versión de 18 ítems (Silverman et al., 1999) donde los niños y adolescentes –ya Ollendick encontró que esta escala era entendida fácilmente por niños a partir de 7 años- marcan con una ‘X’ según crean que la experiencia planteada en cada ítem le describen, utilizando para ello una escala Likert de 3 puntos donde:

1 = Nada, 2 = Algo y 3 = Mucho.

Estos autores mostraron a través tanto de análisis factorial exploratorio como con el análisis factorial confirmatorio que la transformación de tres factores explicaba mejor los datos. Los resultados de la solución Schmid-Leiman indicaron que el CASI alemán se estructura jerárquicamente con un factor de orden superior –Sensibilidad a la Ansiedad- y tres factores de orden inferior (Preocupaciones Físicas –ítems: 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14 y 18-, Preocupaciones de Incapacitación Mental –ítems: 2, 11, 12, 15 y 16- y Preocupaciones Sociales –ítems: 1, 5 y 17). Estos factores inferiores mostraron una consistencia interna similar a la obtenida por Silverman et al. (1999) o a la obtenida por Van Widenfelt et al. (2002) (citados por Essau et al., 2010). Los datos que ofrecen Essau et al. (2010) respecto a la consistencia interna de la escala total es $\alpha = 0,83$ y para los factores de orden inferior fueron $\alpha = 0,81$ para Preocupación Física y $\alpha = 0,71$ para Preocupación de Incapacitación Mental; la puntuación para Preocupación Social fue baja $\alpha = 0,56$ en la misma línea que la obtenida por Van Widenfelt et al. (2002) y muy probablemente achacable al escaso número de ítems. Essau et al. (2010), concluyen que el CASI representa una medida válida para identificar personas con alta sensibilidad a la

ansiedad lo que implica un riesgo a desarrollar trastornos de ansiedad y la consideran una medida potencialmente útil para incluir en estudios longitudinales en la infancia y adolescencia.

En cualquier caso, como refieren Sandín et al. (2002), ninguno de estos grupos de investigación sobre el CASI llegan a determinar qué alternativa es la más adecuada, si la de tres o la de cuatro factores; incluso cuál de los dos modelos se ajusta mejor a los datos, si el jerárquico o el no jerárquico.

La versión española de Sandín y Chorot (Sandín, 1997) presenta una adaptación con traducción inversa posteriormente (*back translation*) del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en la Niñez (CASI) donde se exponen a los niños a 18 ítems que han de valorar mediante una escala Likert de 3 puntos hasta qué grado se ajusta mejor a sus sensaciones personales, siendo:

1 = Nada 2 = Un poco 3 = Mucho

Obviamente, el contenido de los ítems hacen referencia a las consecuencias físicas, cognitivas y sociales de la ansiedad.

El primer dato destacable que Sandín et al. (2002) ofrecen en sus resultados es que todas las correlaciones ítem-total de la escala superan el valor 0,30 que se considera mínimo imprescindible para garantizar la consistencia interna así como la unidimensionalidad de la escala. Se constata igualmente que las correlaciones más fuertes son las de los ítems referentes a las sensaciones físicas y las más débiles las referidas a síntomas de carácter social.

Para establecer la estructura del CASI, Sandín et al. (2002) se practicó un análisis factorial exploratorio mediante análisis de componentes principales de donde se extrajeron cuatro factores con valores propios por encima de 1. Se consideraron las posibilidades de dos (Miedo de las sensaciones corporales y Descontrol cognitivo, social e incapacitación mental), tres (Miedo a las sensaciones corporales, Miedo a la incapacidad mental y Miedo a la evaluación social o pérdida de control) y cuatro factores (Miedo a las sensaciones corporales, Miedo a la incapacidad mental, Miedo a la evaluación social y Miedo a la pérdida de control). Dados los resultados, los autores realizaron el análisis factorial confirmatorio con objeto de determinar la estructura factorial que representara mejor la escala (CASI).

Los resultados factoriales obtenidos por Sandín et al. (2002) proponen la posibilidad de que se considere una sola puntuación global de la Sensibilidad a la Ansiedad en los niños; pero también sería factible obtener puntuaciones en dos subescalas: 1) miedo a las sensaciones corporales y 2) miedo a las preocupaciones mentales y sociales; coincidentes con la propuesta bidimensional de Chorpita y Daleiden (2000).

Para Sandín et al. (2002): *“Los modelos basados en tres o cuatro dimensiones no proporcionan un mejor ajuste que el modelo de dos factores”*. No hay que perder de vista que la muestra utilizada por Sandín eran sólo niños de 9 a 11 años; concretamente 151, no clínicos (75 niños y 76 niñas). Sus resultados, por otra parte, tampoco indican *“un mayor grado de validez estructural en los modelos jerárquicos que en los correlacionados no jerárquicos”*, aunque sí parece evidente que no se puede considerar

que el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en la Niñez (CASI) tenga una estructura ortogonal.

3.2.2 ASIC

Anxiety Sensitivity Index For Children (ASIC, Laurent et al. 1998)

En 1998 Laurent, Schmidt, Catanzaro, Joiner y Kelley analizan a través de tres estudios la estructura factorial de la versión del ASI para niños (ASIC, Laurent, 1998; Laurent y Stark, 1993). Siendo muy buenos los datos referidos a la consistencia interna, $\alpha = 0,90$ (Laurent y Stark, 1993) y presentando una buena fiabilidad test-retest así como buena validez; la estructura factorial de esta medida de la sensibilidad a la ansiedad estaba por realizar.

El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (ASIC) es la modificación que Laurent (1989) llevó a cabo del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) para adultos (Reiss et al., 1986) adaptando la redacción de los 16 ítems que lo componen para facilitar la comprensión de la población infanto-juvenil a la que pretendía dirigirse. Cada ítem se califica mediante una escala Likert de cuatro opciones (*0 = Casi nunca es verdad; 1 = Algunas veces es verdad; 2 = Muchas veces es verdad; 3 = Casi siempre es verdad*), con un rango de 0 a 48. El formato varió respecto al ASI, que ofrecía una escala Likert de cinco puntos, con el objetivo de disuadir la elección arbitraria de las alternativas centrales. La tarea de los jóvenes consistía en marcar, una vez leído el ítem, la opción que representara mejor su grado de acuerdo con el enunciado.

En el primero de los tres estudios de Laurent et al. (1998) participaron 48 niños y 47 niñas (95 estudiantes en total) de edades comprendidas entre 9,3 años y 15 años a los que además del ASIC les fueron aplicados el Inventario de Depresión Infantil (CDI,

Kovacs, 1992) y el Inventario de Ansiedad para Niños Estado/Rasgo, STAIC (Spielberger, 1973) sólo el subtest que mide Rasgo. Una de las finalidades de este primer estudio fue la de *“identificar ítems con malas propiedades psicométricas”* por lo que las correlaciones ítem-total de cada uno de los 16 ítems del ASIC revelaron que cuatro de ellos fueron inferiores a 0,30; en concreto, los ítems 1, 5, 7 y 13; a su vez, también presentaron bajas correlaciones inter-items y se determinó que debían ser retirados de la escala. Esto hizo que en estudios posteriores el coeficiente alfa mejorara al ser eliminados estos cuatro ítems. Los resultados de aplicar el procedimiento Schmid-Leiman mostraron una estructura jerárquica con un factor de orden superior, la sensibilidad a la ansiedad.

En el estudio 2 de Laurent et al. (1998) se pretendió realizar un análisis más profundo del ASIC de 12 ítems; para ello utilizaron una muestra compuesta por 32 chicos y 80 chicas (112 estudiantes) de entre 9,5 años a 14,8 años. Estos participantes hacían parte de un proyecto de investigación más amplio sobre trastornos de internalización en la infancia. El estudio 3 representó una réplica del estudio 2 con una muestra de 58 niños y 86 niñas (144 estudiantes) con edades de entre 11,4 a 15,2 años. Ambos estudios concluyen que el ASIC de 12 elementos se describe mejor como jerárquico con un factor de orden superior: Sensibilidad a la Ansiedad y dos factores primarios, Factor 1: Conciencia Fisiológica (temor general a la activación fisiológica, representado por los ítems: 3, 4, 6, 8, 9, 10, 11 y 14) y Factor 2: Preocupación Mental (temor de una catástrofe mental, representado por los ítems: 2, 12, 15 y 16).

Una cuestión importante referida al tamaño de las muestras, relativamente pequeñas, imposibilita algunos análisis como por ejemplo el Análisis Factorial

Confirmatorio (AFC) y aunque el estudio 3 servía de réplica al 2, al pertenecer a proyectos diferentes no se estimó conveniente combinar ambas muestras para realizar dicho AFC, pues habían seguido diferentes criterios en su confección, además seguían representando un número escaso para llevar a cabo dicho Análisis Factorial Confirmatorio.

Si bien el ASIC ha recibido menos atención empírica que el CASI. Como hemos visto Laurent et al. (1998) obtuvieron con su reducción a 12 ítems una buena consistencia interna, $\alpha = 0,85$ a $0,90$; y una estructura jerárquica que plantea un factor de orden superior, Sensibilidad a la Ansiedad, y dos factores primarios: Miedo a la excitación fisiológica y Temor a la catástrofe mental. La diferencia respecto al ASI adulto que planteaba al menos un factor más, el de preocupaciones sociales, vendría explicada por el hecho de eliminar los cuatro elementos en el ASIC que podrían relacionarse con este factor. El único antecedente a esta investigación sería el estudio presentado por Laurent y Stark (1993) que aportaba datos sobre la significativamente elevada puntuación en un grupo de niños diagnosticados de ansiedad y depresión respecto a un grupo menor de niños sin trastorno alguno. Resulta curioso tan poco *bagage* experimental para una escala que en los escasos estudios realizados ‘apunta muy bien’.

Deacon et al. (2002) utilizando una muestra de 308 estudiantes de secundaria con edades de entre 12 y 18 años (todos adolescentes) y con una representación igualada donde el 47,2% eran chicos y el 52,8% chicas. Se plantearon examinar las propiedades psicométricas del ASIC (12 ítems) y contrastar que presentaba la estructura jerárquica planteada por Laurent et al. (1998); analizar la fiabilidad del ASIC y sus

subescalas así como informar de la validez concurrente respecto a la sintomatología ansiosa y depresiva.

En las hipótesis planteadas por Deacon et al. (2002) se esperaba que el ASIC correlacionaría significativamente con los síntomas de pánico evaluados por la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS, Spence, 1997) y la Escala de Ansiedad Multidimensional de la Infancia (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings y Conners, 1997) y que presentaría asociaciones menos relevantes con síntomas de otros trastornos de ansiedad y depresión (Escala de Depresión de Reynolds para Adolescentes, RADS, Reynolds, 1987). Se esperaba también que el ASIC pudiera predecir los síntomas de pánico.

De los resultados obtenidos por Deacon et al. (2002) destacar que las correlaciones ítem-total estuvieron todas por encima de 0,30 (intervalo 0,43 – 0,58) siendo significativa cada correlación entre ítems, lo que indica que los ítems del ASIC eran suficientemente similares en su contenido. La consistencia interna obtenida mediante alfa de Cronbach, fue $\alpha = 0,84$. Aplicaron diferentes métodos de análisis factorial a los ítems de ASIC, se constataron un Factor I que evalúa temores ante la excitación física y que contiene 8 ítems y un Factor II que evalúa temores de una catástrofe mental y que contiene 4 ítems (coincidentes con los obtenidos por Laurent et al. 1998). Las dos subescalas correlacionaron significativamente ($r = 0,47$ $p < 0.01$) y mostraron una adecuada consistencia interna. La consistencia interna de la subescala ‘Preocupaciones físicas’ $\alpha = 0,80$ y la subescala ‘Preocupaciones mentales’ $\alpha = 0,79$.

Tanto la puntuación total como las subescalas de ASIC mostraron una adecuada validez convergente y divergente. En cuanto a la validez de constructo del ASIC cada

una de sus subescalas correlacionaron altamente con los índices de pánico y los síntomas estrechamente relacionados. Mediante una serie de regresiones lineales, se constató que el ASIC tanto en sus puntuaciones totales como en las subescalas predice únicamente los síntomas de pánico después de controlar la depresión y la ansiedad general.

Deacon et al. (2002) vinieron a concluir que:

- El ASIC es una medida adecuada de la Sensibilidad a la Ansiedad en los adolescentes.
- Los 12 ítems del ASIC muestran una estructura de dos factores (temores a la actividad física y temores a la catástrofe mental).
- Las cargas factoriales del ASIC fueron similares a las obtenidas por Laurent et al (1998), correspondiéndose los ítems a cada factor, es decir, ambos factores contenían los mismos ítems.
- Los resultados obtenidos sugieren que la estructura de la Sensibilidad a la Ansiedad es similar en adolescentes y adultos.
- Las puntuaciones totales del ASIC muestran validez incremental, prediciendo síntomas de pánico.

En cualquier caso, Deacon et al. (2002) proporcionan evidencias en la línea de considerar el ASIC como una medida *“económica, psicométricamente sólida y válida de la Sensibilidad a la Ansiedad en adolescentes”*.

Resulta estimulante la idea de adaptar esta escala a la población española para comprobar si estas ventajas que se refieren en los escasos estudios realizados son similares en nuestra población infanto-juvenil fundamentalmente por lo que implica disponer de una herramienta de estas características de cara, entre otras cosas, a la prevención de trastornos de ansiedad y en especial del trastorno de pánico.

CAPÍTULO 4

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD RASGO Y SENSIBILIDAD A LA ANSIEDAD

Existen formulaciones psicodinámicas, conductuales, humanistas, neuropsicológicas, psicométricas..., a la hora de estudiar la Ansiedad, bien es cierto que la delimitación del propio concepto de ansiedad no ha estado claro y así se ha entendido como una reacción emocional, un rasgo psicológico, un estado, etc., incluso la propia terminología referida a la ansiedad utilizaba una serie de sinónimos, por ejemplo Wolpe (1998) señaló que él optó por utilizar “miedo” y “ansiedad” como sinónimos en alguno de sus trabajos dado que le resultaban psicofisiológicamente indistinguible; o términos afines como, angustia, temor, arousal, estrés..., que han favorecido una cierta confusión puesta de manifiesto en la multitud de estudios que referían conclusiones tan dispares como a veces, opuestas sobre qué es y en qué consiste y por qué se produce la ansiedad (Miguel Tobal, 1990). En cualquier caso, se comenzaba a concebir la ansiedad, no como una cosa unitaria sino como una respuesta compleja integrada por aspectos internos, situacionales, fisiológicos que debieran garantizar la buena adaptación del individuo y que sin embargo, en no pocas ocasiones se convierte en el argumento explicativo de gran parte del sufrimiento de éste.

Gordon Willard Allport (1897-1967) representante de la escuela americana del pensamiento personalista, defensor de la Teoría de la Personalidad de los Rasgos. Entendía los rasgos como una característica de personalidad perdurable en el tiempo y estrechamente relacionada con el sistema nervioso, los rasgos representan formas de adaptación basadas en *“disposiciones neurales propias de orden complejo”*. Para Allport, el predominio de unos rasgos sobre otros nos confieren la peculiaridad, la singularidad que nos diferencia a unos individuos de otros. Así desde esta teoría, el rasgo de ansiedad sería una disposición interna o tendencia a reaccionar ansiosamente con independencia de la situación en que se encuentre el sujeto; una combinación de

motivos y hábitos donde el sistema neuropsíquico percibe los estímulos y responde a ellos selectivamente.

En la literatura neurocientífica, la ansiedad va asociada a la hipervigilancia prolongada para prevenir o responder ante una amenaza no definida donde el peligro, si existe, no será inmediato. Evidentemente la sensación de peligro, siendo subjetiva, estará fundamentalmente marcada por las diferencias individuales en personalidad (Sylvers et al., 2011).

Aplicando el procedimiento de análisis factorial desarrollado por Spearman, Cattell a principios de los años sesenta intenta diferenciar entre ansiedad rasgo y ansiedad estado. Se puede considerar la primera teoría rasgo-estado que tuvo una gran influencia en autores posteriores como Spielberger. Se pretende determinar qué relación existe entre la ansiedad y otros aspectos de la personalidad. Raymond Cattell en un intento por sistematizar el constructo de ansiedad aplicó un procedimiento multifactorial ampliamente descrito en sus trabajos y en su obra “El significado y medida del neuroticismo y ansiedad” (Cattell y Scheier, 1961) donde plantea la diferenciación entre dos factores cuales son la ansiedad rasgo y la ansiedad estado. Lo que caracteriza a la ansiedad estado es la alta correlación entre respuestas fisiológicas como el aumento del ritmo cardíaco, del ritmo respiratorio, de la presión sistólica..., y un estado emocional diferenciado, por ejemplo del miedo, así entre tantos autores que han marcado la frontera que diferencia el miedo de la ansiedad como Beck, Emery, Davis, Lang, Öhman, etc., el factor común que podríamos destacar es la coincidencia en aceptar que el miedo se relacionaría con la reacción ante una amenaza específica y enfocada en el presente mientras que la ansiedad sería la reacción emocional ante una amenaza más difusa y enfocada al futuro. Esto se produce en un momento del tiempo, por tanto es de

carácter transitorio siendo este conjunto de respuestas lo que los teóricos anteriores a Cattell coincidían en llamar ‘ansiedad’. Cuando ese estado de ansiedad perdura en el tiempo y constituye un factor más de los que integran la personalidad se considera que es una disposición interna que lleva al sujeto a reaccionar de forma ansiosa, entonces hablamos de ‘ansiedad-rasgo’. Para Cattell, este factor puede ser evaluado mediante el uso de cuestionarios. Estaba convencido de que la exploración de los rasgos (lo que él llamó ‘*rasgos dinámicos*’) resultaba imprescindible para comprender la estructura y la función de la personalidad lo que permitiría realizar predicciones sobre la conducta del sujeto y que resulta coherente con su definición: “*Personalidad es lo que permite una predicción de lo que una persona hará cuando se encuentre en una situación determinada*”.

Spielberger ha comentado extensamente los trabajos de Cattell y partiendo de éstos y los de Lazarus, establece las bases principales de su teoría del “estado-rasgo-proceso” en un ciclo de Conferencias presentadas en la Universidad de Vanderbilt y el George Peabody College y que en 1966 se incluyeron en su trabajo: “Ansiedad y Conducta”. Para Spielberger la ansiedad no sería un todo unitario, sino que es un proceso que implica una elaborada serie de acciones cognitivas, afectiva-emocionales y conductuales originada por algún tipo de estímulo más o menos estresante. Este autor defendía que una correcta teoría sobre ansiedad estaba obligada a diferenciar entre la ansiedad como rasgo y la ansiedad como estado, en qué consisten, cuáles son sus características específicas así como distinguir los estímulos condicionados que lo provocan y qué hacer para evitarlos (Miguel Tobal, 1990). Ciertamente es que Spielberger ha citado a Freud como una influencia importante en su concepto de ansiedad rasgo que se asemeja al concepto previo de ansiedad neurótica de Freud (Reiss, 1997).

Para Spielberger el nivel de ansiedad estado representa un estado emocional temporal que consiste en la percepción subjetiva y consciente de tensión y nerviosismo unida a la elevación de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema endocrino. Así, si el suceso es percibido como amenazante por el individuo, con independencia de que ciertamente sea peligroso o no, el estado de ansiedad presentará un nivel alto. Es obvio decir que si el sujeto no percibe la situación como amenazante, aunque objetivamente entrañe riesgo, el estado de ansiedad presentará un nivel bajo. El rasgo se refiere a la disposición, bastante estable en el tiempo, que presenta un sujeto a diferencia de otros a manifestar ansiedad en función de cómo percibe de forma amenazante determinados estímulos o situaciones.

En 1972, Spielberger en su trabajo '*La ansiedad como un estado emocional*' resumió su teoría en seis puntos (citado por Miguel Tobal, 1990):

- *Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes evocarán un estado de ansiedad. A través de los mecanismos de feedback sensorial y cognitivo los niveles altos de estado de ansiedad serán experimentados como displacenteros.*
- *La intensidad de la reacción de un estado de ansiedad será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo.*
- *La duración de un estado de ansiedad dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante.*
- *Los individuos altos en cuanto a rasgo de ansiedad percibirán las situaciones o circunstancias que conlleven fracasos o amenazas para su autoestima, como más amenazantes que las personas con bajo nivel en rasgo de ansiedad.*

- *Las elevaciones en estados de ansiedad pueden ser expresadas directamente en conducta, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas que en el pasado fueron efectivas en la reducción de ansiedad.*
- *Las situaciones estresantes ocurridas frecuentemente pueden causar en el individuo un desarrollo de respuestas específicas o mecanismos de defensa psicológicos dirigidos a reducir o minimizar los estados de ansiedad.*

Para Steven Reiss (1997) la ansiedad rasgo descrita como una tendencia ‘general’ a responder ansiosamente, representa una idea imprecisa, incierta y se pregunta: ¿Cuáles son las circunstancias ‘generales’ bajo las cuales la vulnerabilidad no observable para la ansiedad producirá el estado de ansiedad observable?, pues considera que cuando Spielberger definió la vulnerabilidad general como una amenaza psicológica o como condiciones estresantes, estos conceptos no están definidos en términos observables.

En definitiva, la teoría Rasgo-Estado de Spielberger presenta la ansiedad como un proceso que se inicia con la valoración de los estímulos externos y/o internos por parte del sujeto y sobre la que influye expresamente el rasgo de ansiedad siendo así que se establece una relación según la cual, a mayor acentuación del rasgo de ansiedad, se establecerá una tendencia a valorar como alarmantes o de riesgo a un mayor número de estímulos por parte del sujeto. Es pues, principal la valoración cognitiva que el sujeto realiza de la situación, de manera que si no percibe amenaza, riesgo o inquietud no se produce ansiedad y si la percepción es de peligro se manifestará ese estado de ansiedad que por otra parte llevará al sujeto a emplear algún mecanismo de defensa entendido como una respuesta adaptativa para enfrentarse a este tipo de situaciones o estímulos.

Así, Spielberger precisa la teoría Rasgo-Estado sobre ansiedad que Cattell planteó destacando el papel que juega la valoración de carácter cognitivo que practica el sujeto y que determinará el estado emocional así como las conductas de éste. También junto a Gorsuch y Lushene en 1970 construyó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) y más tarde, en 1973, Spielberger presentó el Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo para Niños (STAIC). Ambos cuestionarios, el primero dirigido a la población juvenil y adulta (STAI) y el STAIC para escolares de enseñanza primaria y secundaria; ambos a través de dos escalas independientes que los componen y que permiten medir la ansiedad como estado y como rasgo. De forma básica podríamos decir que una puntuación elevada en la escala que mide rasgo nos diría que esa persona es ansiosa y una puntuación alta en la escala que mide estado, nos indicaría que esa persona está ansiosa.

La ansiedad rasgo (Sylvers et al., 2011) parece resultar de un estado de alerta e hiperestimulación que persisten en el tiempo debido a la valoración que realiza el sujeto ante lo que percibe como una amenaza, difusa y generalizada, en situaciones ambiguas y manifestando aprensión, rumiación e hipervigilancia; caracterizada por un aumento de la actividad hemisférica frontal izquierda. Los resultados derivados de la investigación de Sehlmeier et al. (2010), sostienen que los rasgos de personalidad relacionados con la ansiedad como son la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad rasgo, modulan diferencialmente los subprocesos psicofisiológicos dissociables de la inhibición de la respuesta (Sehlmeier et al., 2010). Consideran estos autores que la relación funcional entre la ansiedad y los registros ERPs (Potenciales relacionados con eventos) pueden basarse en una red neuronal común; los rasgos emocionales y las funciones cognitivas, como la inhibición de la respuesta, estarían relacionadas con la misma región

neuoroanatómica. Además, la inhibición de respuesta y los procesos relacionados con la ansiedad comparten sustratos neuroquímicos como el sistema dopaminérgico y el serotoninérgico (Sehlmeier et al., 2010 citan a Beste et al., 2009; Beste, Willemssen, et al., 2010; Fallgatter, Jatzke, Bartsch, Hamelbeck, y Lesch, 1999; Segman et al., 2002; Yoon, Yang, Lee, y Kim, 2008).

Así pues, de acuerdo con Cano Vindel (2011), el rasgo de ansiedad está relacionado con la tendencia individual y personal a reaccionar de forma ansiosa. Así, cada uno de nosotros expresa diferencias a la hora de percibir los estímulos como amenazas o situaciones de riesgo y manifiesta una disposición a responder ante ellos con estados de ansiedad. Se puede decir que las personas con un acentuado rasgo de ansiedad son más proclives a percibir un mayor número de situaciones como amenazantes o de riesgo y por tanto a mostrar una respuesta ansiosa más o menos intensa.

Para Clark y Beck (2012), *“la ansiedad rasgo alta es un constructo problemático de vulnerabilidad”* por diversas razones que han llevado a los investigadores a *“buscar en otras direcciones los predictores específicos de personalidad de los trastornos de ansiedad”*. En este contexto surge como *“constructo prometedor de vulnerabilidad de la personalidad que adopta una perspectiva más cognitiva con mayor especificidad para la ansiedad y los trastornos de ansiedad. La Sensibilidad a la Ansiedad (SA) es el miedo a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad, basado en creencias duraderas de que de estos síntomas ansiosos se pueden derivar consecuencias físicas, sociales o psicológicas negativas”*.

En una sociedad como la que nos toca vivir, para todos, las situaciones de estrés continuo quedan garantizadas; Reiss (1997) diferencia entre personas que por estas

circunstancias se plantean la ansiedad más como una “*molestia transitoria que es lo que suele ser*” mientras que otras pueden ver las sensaciones de ansiedad como algo dañino o perjudicial. Por lo que se refiere estas diferencias individuales a la hora de sentir miedo ante estas sensaciones Reiss y McNally (1985) introdujeron el concepto de Sensibilidad a la Ansiedad. Como hemos descrito ya, este constructo tiene que ver con la creencia por parte del sujeto, con alta sensibilidad a la ansiedad, de que por ejemplo un ritmo acelerado del corazón es un signo inequívoco de que va a sufrir un infarto, o que cualquier otro síntoma ansioso causará un trastorno mental o un rechazo social, a diferencia del sujeto que presenta un bajo nivel de sensibilidad a la ansiedad. Por lo que hemos visto hasta aquí, podemos establecer una diferencia entre Ansiedad Rasgo, relacionado con las experiencias previas del sujeto a la hora de percibir como amenazantes determinadas situaciones más o menos estresantes y la Sensibilidad a la Ansiedad basada en la creencia del sujeto que le lleva a magnificar los síntomas ansiosos amplificando el miedo a las consecuencias que le acarrearán tanto física, sociales o mentales. Para Laurent et al. (1998) las diferencias individuales en cuanto a la sensibilidad a la ansiedad vendrían explicadas por una serie de probabilidades que en cada sujeto ha favorecido la aparición de la creencia respecto al significado potencialmente negativo de la activación psicofisiológica; así, desde haber oído a otros sujetos cercanos expresar el miedo hacia dichas sensaciones, el recibir una información informal y errónea respecto a la nocividad de algunas de estas sensaciones, el haber sido testigo de un suceso trágico como pudiera ser el presenciar un infarto y/o la muerte de un ser querido, etc. Así pues, la Sensibilidad a la Ansiedad presenta una disposición a desarrollar ansiedad sin requerir que el sujeto haya sufrido la experiencia de ansiedad o pánico en su propio desarrollo (Laurent et al., 1998; Deacon et al., 2002).

Para medir la Sensibilidad a la Ansiedad, Reiss et al. (1986) desarrollaron el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI), autoinforme que hemos descrito anteriormente así como sus versiones-adaptaciones para la población infanto-juvenil: El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en la Niñez (CASI) y El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (ASIC) versión sobre la que, en el presente trabajo, ofrecemos su adaptación a la población infanto-juvenil española.

Si bien no existe una proliferación de estudios que establezcan las diferencias y semejanzas entre la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad, nos haremos eco de aquellas investigaciones más destacadas y que hayan planteado esta comparación tanto en la población adulta como en la infantil y juvenil estableciendo así un marco de referencia con el que poder estudiar y relacionar posteriormente nuestros datos.

Lilienfeld, Jacob y Turner (1989, 1993) recomiendan a los investigadores que examinen las relaciones entre sensibilidad a la ansiedad y otras variables e incluyan índices de ansiedad rasgo en sus investigaciones pues consideran que la sensibilidad a la ansiedad es simplemente ansiedad rasgo (Lilienfeld, en Taylor, 1999). En su apoyo, refiere Lilienfeld los resultados obtenidos por Brown y Cash (1989) donde las puntuaciones de sujetos con y sin trastornos de pánico obtenían puntuaciones en el ASI que no difirieron según sus puntuaciones en ansiedad rasgo que fueron previamente controladas estadísticamente. Para Lilienfeld (1996) la sensibilidad a la ansiedad es similar a la ansiedad rasgo y difiere poco del NE (Emocionalidad Negativa o Neuroticismo); hay que recordar que Lilienfeld, Turner y Jacob (1989, 1993, 1996) aceptaron sin dudar el trabajo de Spielberger sobre Ansiedad Rasgo (Reiss, 1997).

La posición de Lilienfeld et al. (1996) cuando considera que Ansiedad Rasgo y Sensibilidad a la Ansiedad son el mismo constructo implica que la frecuencia y la

intensidad de las experiencias de ansiedad de un sujeto en el pasado van a predecir a la perfección la creencia de este en una aplicación actual, presente del ASI. En cualquier caso, Lilienfeld et al. (1996) no presentaron pruebas que apoyasen sus hipótesis (Reiss, 1997). Por el contrario, los datos obtenidos por Reiss et al. (1986) ofrecían correlaciones entre el ASI y la frecuencia de ansiedad en el pasado era sólo de 0,32 a 0,36 lo que no se acerca al grado de correlación necesario para apoyar la igualdad de los constructos Ansiedad Rasgo y Sensibilidad a la Ansiedad propuesta por Lilienfeld et al. (1996) y sí apoyaron la posición de Reiss que mantenía que la Sensibilidad a la Ansiedad aunque es distinta de la Ansiedad Rasgo, son constructos diferentes pero relacionados puesto que, por ejemplo, ambos se refieren a la propensión a experimentar ansiedad o miedo. El propio Spielberger (1988, comunicación personal) ha sugerido que la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo son ideas distintas aunque están relacionadas (Reiss, 1997).

Ante las posiciones encontradas respecto a considerar la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad como dos constructos diferenciados y que podemos señalar como representante, entre otros autores, a McNally quien ante el dato de que las medidas de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo normalmente comparten el 21% de la varianza común y que él considera como correlaciones moderadas que hacen que se puedan ver como una evidencia de que la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad rasgo están relacionados pero son constructos distintos; o la postura de Lilienfeld comentada más arriba y que no encuentra una distinción entre ambos constructos, surgen diferentes investigaciones con al menos una propuesta común cual era decantarse por una u otra posición en función de los datos obtenidos en sus respectivos estudios. Veamos qué aportan en este debate algunas de estas investigaciones.

El estudio de McWilliams y Cox (2001) fue diseñado para proporcionar una evaluación objetiva de la distinción entre Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad Rasgo. Utilizando una muestra de 317 (62,1% mujeres) estudiantes universitarios con una edad media de 19,84 años ($DT = 3,49$) a los que se les aplicaron, considerándolas pruebas de naturaleza multidimensional, el STAI E/R; sólo la escala que mide Rasgo en la que a su vez se diferenciaron dos subescalas separadas a través de ítems que miden Ansiedad e ítems que miden Depresión; y, el ASI, medida de la Sensibilidad a la Ansiedad a través de sus 16 ítems cuyas tres subescalas evalúan preocupaciones físicas, psicológicas y sociales. Los autores se plantearon dos hipótesis en este estudio, por un lado, que la correlación entre las puntuaciones totales del ASI y la subescala de ‘ansiedad’ en el STAI-R sería mayor que la correlación entre las puntuaciones totales en el ASI y la subescala de ‘depresión’ en el STAI-R; y, por otro lado, se formuló que la correlación entre la subescala ‘preocupaciones físicas’ del ASI y la subescala de ‘ansiedad’ del STAI-R sería más débil que la correlación entre la subescala ‘preocupaciones psicológicas’ del ASI y la subescala de ‘ansiedad’ del STAI-R. Ambas predicciones fueron apoyadas por los resultados obtenidos. Para L. A. McWilliams y B. J. Cox las evaluaciones que se habían realizado hasta entonces sobre la varianza común compartida por la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo, probablemente habían subestimado el solapamiento en estos constructos a causa del componente de ‘depresión’ que tanto teórica como empíricamente está menos asociado con la Sensibilidad a la Ansiedad y sí contenido o englobado en el STAI-R. Hay que señalar también que las correlaciones no atenuadas en las que se hace un ajuste para la fiabilidad de las medidas, fueron calculadas para proporcionar una evaluación de la relación entre ambos constructos. En todos los casos, las correlaciones no atenuadas

fueron mayores en magnitud que las correlaciones estándar. Para estos autores, sus resultados sugieren que las investigaciones previas que han abordado el grado de distinción/solapamiento entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo posiblemente no han atendido, por un lado, al uso de medidas poco adecuadas de la Ansiedad Rasgo y por otro lado, no haber considerado la naturaleza multidimensional de las medidas utilizadas para operacionalizar estos constructos.

Sandín et al. (2001) llevaron a cabo una investigación con 390 (61% mujeres y 39% hombres) universitarios de Madrid en un rango de edad entre 18 y 34 años con una media de edad de 21,24 años ($DT = 2,56$). Los sujetos, representantes de una muestra no clínica y ‘especialmente sana’ pues se controló que no hubiera en la muestra sujetos que hubiesen presentado algún problema o trastorno relacionado con la salud mental. Uno de los propósitos del estudio y que nos interesa particularmente fue el de señalar la diferencia entre Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad Rasgo. En este sentido, las medidas que se aplicaron fueron el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) en su versión española (Sandín et al. 1996) y el Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAI E/R) en su versión española (Spielberger et al. 1982); los sujetos completaron ambos autoinformes de forma voluntaria y sin percibir ninguna recompensa económica por ello. Sandín et al. (1996), se refieren al grupo de Taylor (1991) quienes estudiaron mediante análisis factorial la unión de los ítems de ambas escalas (ASI y STAI-R), los resultados mostraron que “los factores se distinguían claramente entre el ASI y el STAI-R. Para ambas muestras el primer factor puede ser descrito como un factor de ansiedad rasgo, y el segundo como un factor de sensibilidad a la ansiedad”. “Estos resultados apoyan la hipótesis de que el ASI y el STAI-R son medidas de constructos diferentes”, señalan Sandín et al. Además, sometieron los 36

items (16 del ASI y 20 del STAI-R) a un análisis de componentes con rotación ortogonal (varimax). También examinaron soluciones oblicuas (oblimin). Los resultados obtenidos están en la línea descrita por Taylor, deduciéndose que los ítems del STAI-R abordaron el factor primero pero no el segundo, mientras que los ítems del ASI se centraron en un factor separado y mínimamente en el factor del STAI-R (ítems 12 y 15 del ASI relacionados con la preocupación a la incapacitación mental). Así pues, los dos factores diferencian con claridad la Sensibilidad a la Ansiedad de la Ansiedad Rasgo. Por otro lado, los resultados de la rotación oblicua (oblimin), con una correlación moderada entre los factores (0,40) en la línea de autores como McNally, (1994) y Taylor et al. (1991); eran resultados consistentes con lo indicado por Peterson y Plehn (1999) a los que citan Sandín et al. (2001): “las medidas del ASI y de la Ansiedad Rasgo tienden a compartir una tercera parte o menos de su varianza. ‘Este nivel de asociación entre las medidas sugiere con fuerza que las medidas de Ansiedad Rasgo y la ASI miden distintas variables’”.

Sandín et al. (2007) realizan un estudio en el que se plantean varias hipótesis entre las que se analizan las diferencias entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo, por un lado se postula “que la contribución única (en los niveles de miedos) de la sensibilidad a la ansiedad debería ser superior a la del rasgo de ansiedad”; y por otro, que “la ASI debería predecir el nivel de miedos mejor que el rasgo de ansiedad u otras variables emocionales o de personalidad”.

Utilizando para su estudio una extensa muestra de 910 estudiantes universitarios madrileños y navarros (618 mujeres y 292 hombres) en un rango de edad de 18 a 36 años a los que se les aplicaron diversos cuestionarios entre los que, obviamente, se encontraban la versión española del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) de

Sandín y Chorot y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E/R) en su versión española adaptada por TEA (1982), se aplicó sólo el STAI-R. Además, se aplicaron la versión española del Cuestionario de Miedo (FQ), Chorot y Sandín (1999), la versión española del Cuestionario de Depresión (CESDS), de Chorot y Sandín (1991), la versión española de Sandín, Valiente, Chorot, Olmedo y Santed (2002) del Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado y Abreviado (EPQRA) y la versión española de Sandín et al. (1999) de la Escala de Afectos Positivo y Negativo (PANAS).

De entre los resultados alcanzados en este estudio, nos interesa resaltar los que se refieren a las correlaciones entre Ansiedad Rasgo y el nivel de miedos, que eran muy bajas y nada significativas al controlar el efecto de la Sensibilidad a la Ansiedad; por otro lado, aún controlando el efecto del rasgo de ansiedad, la Sensibilidad a la Ansiedad correlaciona de forma moderada con las variables de miedo. También se comprobó en el presente estudio cómo el ASI predecía significativamente el nivel global de miedos y cómo la Ansiedad Rasgo no añadía información a la hora de explicar la varianza relativa al nivel de miedos.

Por tanto, Sandín et al. (2007) concluyen que la Sensibilidad a la Ansiedad correlaciona específicamente con el nivel de miedos, lo que no ocurre con la Ansiedad Rasgo ni otras de las variables psicológicas medidas en la investigación (personalidad, depresión y afectividad). Este dato marca una diferencia explícita entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo; además la correlación entre ambas obtenida por Sandín et al. (2005) fue de 0,38 lo que indica que sólo comparten el 14% de la varianza lo cual representa otro dato a favor de la diferencia entre ambos constructos. Por lo que se refiere a la validez predictiva de la ASI, se comprobó cómo la diferencia de las otras variables estudiadas fue la única capaz de predecir el nivel general de miedos

(aplicación del análisis de regresión múltiple), particularidad también encontrada por Sandín et al. (2002) en la población infantil y que apoya la diferencia entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo y pone en cuestión la hipótesis que sugiere que la Sensibilidad a la Ansiedad es un componente del rasgo de ansiedad.

No hay muchos estudios que hayan examinado el constructo de Sensibilidad a la Ansiedad en la infancia. Los primeros resultados, Silverman et al. (1991) evaluaron la validez del CASI, adaptación del ASI a la población infantil. No ha existido consenso entre los investigadores a la hora de considerar la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo como constructos diferentes, considerando que estaban intercorrelacionados tanto en la población adulta como en la infantil (Taylor et al., 1991; Silverman et al., 1991).

Muris et al. (2001) en su estudio con 819 adolescentes holandeses (426 niños y 393 niñas) con un rango de edad de entre 13 y 16 años y una edad media de 14,2 años (DT = 1) pertenecientes a una escuela de secundaria y a los que se les aplicó los siguientes cuestionarios: La Escala de Ansiedad Rasgo del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de la Infancia (STAIC-R), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad en la Niñez (CASI). Entre otras hipótesis, se planteó cuál es la relación entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo.

Ante los resultados de su investigación, se observa que la Sensibilidad a la Ansiedad se presenta relacionada con el trastorno de pánico y la agorafobia; mientras que la Ansiedad Rasgo lo hace con los síntomas de fobia social y el trastorno de ansiedad por separación. Siendo esto así, estiman que la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo deben considerarse factores de vulnerabilidad con distinto poder

predictivo independiente en la aparición de los síntomas del trastorno de ansiedad. También en este estudio, al igual que Weems et al. (1997) encontraron correlación significativa entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la depresión que, sin embargo, al controlar los niveles de Ansiedad Rasgo esta correlación se atenúa y deja de ser significativa a niveles estadísticos.

Los datos de Muris et al. (2001) proporcionan un apoyo importante a la relevancia de la Sensibilidad a la Ansiedad en el estudio de la Ansiedad Infantil. Suponen que la Sensibilidad a la Ansiedad representa una dimensión significativa de la varianza de los síntomas del trastorno de ansiedad. Así pues, consideran a la Sensibilidad a la Ansiedad como un factor único de vulnerabilidad a la ansiedad y por tanto diferenciado del constructo Ansiedad Rasgo.

El estudio realizado por Valiente et al. (2002) pretende examinar las relaciones entre los miedos comunes y la Sensibilidad a la Ansiedad, la Ansiedad Rasgo, la Afectividad Negativa y la Depresión en una muestra no clínica infanto-juvenil compuesta por 1080 personas (613 chicas y 467 chicos) de edades comprendidas en un rango de 8 a 18 años ($M = 13,62$; $DT = 2,5$ años) asistentes a Colegios Públicos de Enseñanza Primaria y Secundaria de la Comunidad de Navarra.

Los cuestionarios que se aplicaron en la evaluación de los jóvenes fueron: el Cuestionario de Miedos para Niños Revisado (FSSC-R de Ollendick, 1983), el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (CASI, versión española de Sandín y Chorot, 1997), Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo para Niños, sólo la subescala que evalúa Ansiedad Rasgo (STAIC-R, adaptación española de TEA, Spielberger, 1988), Cuestionario de Afectos Positivos y Negativos para Niños y Adolescentes (PANASN,

adaptación de Sandín, 1997) y el Cuestionario de Depresión para Niños (CDN, Sandín y Valiente, 1996).

Este estudio, cuya finalidad principal fue la pretensión de demarcar el miedo y la ansiedad como constructos diferenciados dada la tendencia frecuente a confundirlos en los estudios infanto-juveniles, no pierde de vista el debate mantenido sobre si la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Riesgo son constructos indiferenciables o son constructos distintos.

El análisis de sus resultados les lleva a concluir que la Sensibilidad a la Ansiedad es un factor de predisposición específica para los miedos mientras que la Ansiedad Rasgo igual que el afecto negativo se consideran factores generales de predisposición a la ansiedad y a la depresión. Resulta evidente la consideración de constructos diferentes la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo en la población infanto-juvenil al igual que en la población adulta (Valiente et al., 2002) como hemos descrito anteriormente.

Trasladando el debate abierto en adultos, por un lado sobre si la medición de la Sensibilidad a la Ansiedad es multifactorial; y por otro, preguntándose hasta qué grado la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo pertenecen al mismo constructo, Chorpita y Daleiden (2000) llevaron a cabo una investigación en la que evaluaron la Sensibilidad a la Ansiedad en una muestra de 228 niños y adolescentes con trastornos de ansiedad utilizando la adaptación del ASI a la niñez, el CASI (Silverman et al., 1991). Detectaron alguna complicación a la hora de resolver entre los más pequeños (grupo de 7 a 11 años) y que relacionaron con aspectos cognitivos no desarrollados aún en su rango de edad (nivel de vocabulario, complejidad del ítem). Observaron que los 6 ítems más cognitivos del CASI se convierten en un indicador significativo de la

ansiedad rasgo en adolescentes; parece que estos ítems evalúan una combinación de varianza error y varianza no atribuible a la Sensibilidad a la Ansiedad. Chorpita y Daleiden (2000) consideraron la posibilidad de trabajar con otra medida alternativa de la Sensibilidad a la Ansiedad como es el ASIC propuesta por Laurent et al. (1998).

Laurent et al. (1998) reconocen el debate abierto sobre la medición de la Sensibilidad a la Ansiedad en adultos en cuanto a si es o no una medida multifactorial y respecto a las cuestiones referidas a la validez de constructo de la Sensibilidad a la Ansiedad y a diferencia de lo que ocurre con los adultos, en la población infantil no hay tantos estudios que examinen la utilidad de la sensibilidad a la ansiedad en la comprensión de la ansiedad infantil. El desarrollo del ASIC como adaptación del ASI adulto por parte de Laurent pretende disponer de otra herramienta con garantías psicométricas que ayude en la medición de la Sensibilidad a la Ansiedad en la población infantil y juvenil, y para ello en la investigación de Laurent et al. (1998) se llevan a cabo tres estudios, el primero fundamentalmente para garantizar las propiedades psicométricas de la escala, los estudios 2 y 3 realizan un análisis más profundo del ASIC resultante, de 12 elementos; y el estudio 3 es una réplica del estudio 2. Bien es cierto que como el propio Laurent reconoce, los tamaños de las muestras utilizadas en sus estudios eran pequeños, lo que no favorece un análisis factorial confirmatorio.

Para Laurent et al. (1998), al igual que se observa en los adultos, la Sensibilidad a la Ansiedad parece ser un factor de vulnerabilidad en los niños, suficientemente importante como para obviarlo.

Por su lado, Deacon et al. (2002) estudian la estructura factorial del ASIC en una muestra más amplia compuesta por un total de 308 (47,2% niños y 52,8% niñas) estudiantes de secundaria en un rango de edad comprendido entre los 12 y 18 años, con

una edad media de 16,2 años ($DT = 1,4$) a los que se les aplicó las siguientes escalas: ASIC (Laurent et al., 1998), Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS, Spence, 1997), la Escala de Ansiedad Multidimensional de la Infancia (MASC; March et al., 1997) y la Escala de Depresión de Reynolds para Adolescentes (RADs, Reynolds, 1987). Ante los resultados obtenidos, Deacon et al. (2002) concluyen que las dos subescalas del ASIC –preocupaciones físicas y catástrofe mental- mostraban una validez incremental en la predicción de los síntomas de pánico por encima de los de depresión. Otra conclusión importante del presente estudio fue que los resultados obtenidos apuntaban que la Sensibilidad a la Ansiedad no es simplemente una faceta redundante del Afecto Negativo o la Ansiedad Rasgo, como señaló Lilienfeld (1997) y que la medición de las dimensiones de la Sensibilidad a la Ansiedad ayuda a comprender y predecir mejor los síntomas de pánico.

MARCO EXPERIMENTAL

CAPÍTULO 5

MÉTODO

INTRODUCCIÓN

Como señala Godoy et al. (2011) la ansiedad es uno de los problemas psicológicos más importantes y frecuentes en niños y adolescentes. No hay que perder de vista que en esta etapa suele producirse una gran comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y depresión, aunque no sólo entre ellos. Se hace pues muy necesario detectar precozmente la presencia de estos síntomas indicadores de problemas psicológicos para poder intervenir cuanto antes. Uno de los recursos más utilizados en este proceso de evaluación son los Autoinformes y para el caso que nos ocupa, identificar la presencia de sintomatología ansiosa, hemos decidido aplicar en nuestra investigación un cuestionario expresamente diseñado para ser aplicado en la población infanto-juvenil, adaptado a la población española, de fácil y rápida aplicación y que sigue los criterios de clasificación DSM-IV-TR. En concreto hemos utilizado la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS, versión adaptada a nuestra población por Godoy et al., 2011).

Dos factores emocionales principales asociados a la ansiedad son, por un lado, el introducido por Reiss y McNally (1985), el concepto de Sensibilidad a la Ansiedad que distinguen como un factor de riesgo hacia los trastornos de ansiedad considerándose pues una causa de debilidad ante posibles desequilibrios emocionales, principalmente el trastorno de pánico, pero también respecto a los miedos específicos, incluso a la depresión. Para Laurent et al. (1998) la sensibilidad a la ansiedad representa una inclinación a desarrollar ansiedad que no requiere una experiencia previa de ésta; para Clark y Beck (2012) la sensibilidad a la ansiedad representa un factor de vulnerabilidad

de la personalidad. Así pues, podemos considerarla como una variable de personalidad que favorece una reacción desmesurada por parte del sujeto ante la activación psicofisiológica presente en los trastornos de ansiedad. Por otro lado, el otro factor emocional asociado a la sintomatología de la ansiedad es la Ansiedad Rasgo. Desde la teoría de Allport (1897-1967), que considera el rasgo de ansiedad como una disposición interna o tendencia a reaccionar ansiosamente con independencia de la situación en que se encuentre el sujeto y hasta cierto punto compartida por Cano Vindel (2011), quien considera que el rasgo de ansiedad está relacionado con la tendencia individual y personal a reaccionar de forma ansiosa ante lo percibido por el sujeto como amenazante y favoreciendo una disposición a responder ante estos estímulos o situaciones con estados de ansiedad. La figura de Charles D. Spielberger se convierte en un referente a la hora de diferenciar la Ansiedad como Estado de la Ansiedad como Rasgo, a la que se refiere, en la línea descrita anteriormente, como la disposición bastante estable en el tiempo que presenta un sujeto a diferencia de otros a manifestar ansiedad en función de cómo percibe de forma amenazante determinados estímulos o situaciones.

Bajo este marco teórico se han desarrollado una serie de autoinformes en forma de cuestionarios y escalas útiles para evaluar ambos constructos; así para medir Ansiedad Rasgo, Spielberger et al. (1970) desarrollaron el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI E/R) para la población adulta y partiendo de él, en 1973 diseñaron una versión adaptada a la población infanto-juvenil, el Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado/Rasgo en Niños (STAIC E/R) cuya adaptación a la población española la realizó TEA (1989). Por otro lado, para evaluar el constructo Sensibilidad a la Ansiedad Reiss et al. (1986) desarrollaron el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI); será en 1991 cuando Silverman y su grupo

realizan una adaptación a la comprensión infantil de esta escala y que llamaron Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI); mientras que en 1998, partiendo igualmente del ASI, Laurent y su grupo desarrollaron el Anxiety Sensitivity Index for Children (ASIC). Estos dos instrumentos, son por excelencia, con los que se ha trabajado para medir Sensibilidad a la Ansiedad en la población infanto-juvenil.

Estos dos factores que hemos diferenciado, Ansiedad Rasgo y Sensibilidad a la Ansiedad, como actores relevantes en la sintomatología ansiosa, han sido cuestionados por algunos prestigiosos autores como Lilienfeld, Jacob y Turner (1989, 1993), Lilienfeld (en Taylor, 1999) considerando que la Sensibilidad a la Ansiedad es simplemente Ansiedad Rasgo frente a otros, no menos prestigiosos autores como Reiss, McNally (1997), Sandín (2001), Muris (2001), Deacon (2002), que han entendido en función de sus datos de investigación que son constructos diferentes, estos datos no siempre definitivos, bien por el tamaño/composición de la muestra (a veces muestras poco representativas, a veces aparentes dificultades en la comprensión de algunos ítems), bien por las dificultades mostradas por la prueba, en concreto el CASI donde según la investigación se mostraba compuesta por dos, tres factores de orden inferior y a veces por cuatro y como señala Sandín et al. (2002) la asignación de ítems a los distintos factores discrepaban encontrando, según el estudio, que cuatro de éstos pertenecían a un factor u otro diferente, lo mismo refiere Essau, Sasagawa y Ollendick (2010).

Ante este escenario, nos planteamos someter a comprobación empírica estas dos hipótesis:

- I. ***Que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad son constructos relacionados pero no idénticos; y***

II. *Que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad se complementan entre sí a la hora de explicar los síntomas de los trastornos de ansiedad (esto es, explican porciones distintas de la varianza).*

Por un lado, debido a los problemas apuntados sobre el CASI en cuanto a su estructura factorial y por otro lado, dado que Sandín et al. (1997) llevaron a cabo la adaptación de esta prueba (no sobre la original adaptación de Silverman que lo hacía sobre los 16 ítems del ASI, sino sobre la posterior versión de 18 ítems) a la población española en una muestra de $N = 151$ sujetos de un rango de edad entre 9 y 11 años. Con objeto de poder disponer de la otra escala descrita para la evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad en la población infanto-juvenil, el ASIC, adaptada a la población española, hemos decidido como primer objetivo del presente estudio adaptarla y validarla para lo cual hemos traducido y retraducido la escala elaborada por Laurent et al. (1998) derivada de su primer estudio que presenta un ASIC de 12 ítems. Estudiaremos si esta versión adaptada presenta similares propiedades psicométricas que la original en inglés atendiendo a su composición factorial, fiabilidad así como su relación con los síntomas de ansiedad y otras variables con las que teóricamente debería relacionarse.

Para comprobar nuestra primera hipótesis, que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad son constructos relacionados pero no son idénticos, de una parte, estudiaremos las correlaciones entre las puntuaciones del STAIC-R y las del ASIC; de otra, someteremos a estudio si los ítems del STAIC-R y los del ASIC, considerados conjuntamente se ajustan mejor a un modelo de dos factores (ASIC y STAIC-R) o a un modelo de un solo factor (ASIC + STAIC-R).

Para contrastar la segunda hipótesis, comprobaremos que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad se complementan entre sí a la hora de explicar los síntomas de ansiedad (es decir, explican porciones distintas de la varianza), se realizará un análisis de vías en el que la Sensibilidad a la Ansiedad (ASIC) y la Ansiedad Rasgo (STAIC-R) harán de predictores y los Síntomas de Ansiedad (SCAS-total) de criterio a predecir. Para descartar que la varianza explicada por la sensibilidad a la ansiedad y por la ansiedad rasgo pueda atribuirse al estado de ánimo (a mayores síntomas de ansiedad cabe atribuir mayor grado de depresión, sobre todo teniendo en cuenta la alta correlación entre ASIC y STAIC-R con medidas de depresión), se realizará un segundo análisis de vías en el que los síntomas de depresión evaluados mediante el Inventario de Depresión Infantil (CDI-S) de M. Kovacs (1983) se utilizarán, junto a la Sensibilidad a la Ansiedad y a la Ansiedad Rasgo como predictores de los síntomas de ansiedad.

5 Método

5.1 Participantes

La muestra utilizada ha sido de conveniencia y ha estado formada por un total de 1348 sujetos, 652 chicos y 696 chicas, alumnos pertenecientes a 7 Centros públicos o concertados: Colegios de Enseñanza Infantil Primaria (CEIP), alumnos de 5º y 6º curso de Primaria; Institutos de Enseñanza Secundaria (ESO), alumnos de 1º, 2º, 3º y 4º curso; alumnos de Bachiller y de Formación Profesional de la provincia de Málaga. El rango de edad está entre 10 y 18 años. Por otro lado hemos diferenciado dos grandes grupos a los que hemos denominado: Niños (10 – 14 años) formado por 705 sujetos y Adolescentes (15 – 18 años) formado por 643 sujetos.

5.2 Instrumentos

En nuestra investigación hemos utilizado una serie de Autoinformes (papel-lápiz) formados por Escalas, Inventarios y Cuestionarios que suponen la fuente principal de recogida de datos y que todos y cada uno de ellos ofrecen datos psicométricos que demuestran cumplir con las garantías científicas suficientes para ser consideradas pruebas fiables y válidas.

- *Spence Children Anxiety Scale (SCAS, Spence, 1997)*. La Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS, adaptación española Godoy et al. 2011). Su administración es individual/colectiva en la población infanto-juvenil (9 – 17 años). Este inventario consta de 38 ítems más 6 de relleno que evalúan siguiendo

criterios DSM-IV: ataques de pánico, fobia social, miedos específicos, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. El sujeto tiene que marcar siguiendo una escala tipo Likert si le ocurren lo que refieren cada enunciado, marcando

0 = Casi nunca, 1 = Algunas veces, 2 = Muchas veces, 3 = Casi siempre.

Los datos que presenta Carrillo et al. (2012) refieren una consistencia interna de la prueba total $\alpha = 0,92$. Muestra validez convergente correlacionando alto con otras medidas de ansiedad y validez divergente al correlacionar bajo con medidas distintas de la ansiedad, incluida la depresión.

Al inicio de este trabajo se aporta una descripción más detallada de esta Escala.

- *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC, Spielberger et al., 1973)*. El Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC, adaptación española, Departamento I+D de TEA Ediciones, 1989). El STAIC es un cuestionario autoaplicable que se utiliza en la población infanto-juvenil tanto de forma individual como colectiva. Spielberger realiza la adaptación de su prueba original para la población adulta (STAI E/R) dando lugar a esta versión adaptada a la población infanto-juvenil. Nosotros utilizamos sólo la subescala Ansiedad Rasgo (que se refiere a la ansiedad percibida por el sujeto) que consta de 20 ítems que se deben responder atendiendo a “cómo se siente en general” eligiendo una de las tres alternativas que le ofrece la prueba:

1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = A menudo.

La prueba, que ha sido descrita con más amplitud al inicio de este trabajo, ofrece para la subescala que evalúa la Ansiedad Rasgo una fiabilidad mediante procedimiento pares-impares de 0,83 y 0,86 para hombres y mujeres respectivamente.

- *Anxiety Sensitivity Index for Children (ASIC, Laurent et al., 1998)*. El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (ASIC) es una versión adaptada a la población infanto-juvenil de la escala para adultos Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, Reiss et al., 1986). Laurent et al. (1998) lleva a cabo esta adaptación a través de tres estudios donde en el primero de ellos y para facilitar la comprensión de la población a la que se dirigía se adaptó la redacción de los 16 ítems originales del ASI y se redujo un punto en la escala Likert que se utilizaba para la valoración de los ítems, pasando de 5 opciones en el adulto a 4, donde:

0 = Casi nunca es verdad, 1 = Algunas veces es verdad, 2 = Muchas veces es verdad, 3 = Casi siempre es verdad.

A lo largo de este primer estudio se pretendió garantizar los datos psicométricos de la prueba. El dato más relevante fue la decisión de eliminar cuatro ítems por su nulo aporte a la consistencia interna de la escala. En el segundo estudio se intentó realizar un análisis más profundo del ASIC de 12 ítems que fue replicado en un tercer estudio y donde se concluyó que la prueba ofrece un factor de orden superior, la Sensibilidad a la Ansiedad, y dos factores primarios: Conciencia fisiológica y Catástrofe mental. Los datos psicométricos

presentados por Laurent et al. (1998) indican una consistencia interna $\alpha = 0,85$ y 0,90 así como una adecuada validez convergente y divergente.

En la presente investigación llevamos a cabo la adaptación de esta escala, Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (ASIC) a la población española. Esta tarea se convierte en la parte instrumental necesaria para ayudarnos en el logro de los objetivos planteados como hipótesis que pretendemos comprobar.

- *Thought-Action Fusion Questionnaire for Adolescents (TAFQ-A, Muris et al., 2001).* El Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (TAFQ-A, adaptación española de Fdez-Llebrés, Godoy y Gavino, 2010) evalúa la creencia de que los pensamientos y las acciones de daño son equivalentes. El Cuestionario está formado por dos escalas: TAF-Moral y TAF-Probabilidad. Concretamente la TAF-Moral evalúa a través de ocho ítems la creencia de que un pensamiento considerado inmoral es tan malo como su manifestación de hecho; se ha observado en distintas investigaciones que la TAF-Moral se relaciona con síntomas de depresión (Abramowitz et al., 2003; Shafran et al., 1996). Por otro lado, la TAF-Probabilidad evalúa mediante siete ítems la creencia que lleva al sujeto a convencerse de que pensar en una opción o posibilidad inadmisible o desgraciada, aumenta la probabilidad de que suceda realmente. Este constructo se ha relacionado con los síntomas de ansiedad.

Farrell y Barret (2006) afirmaron que las creencias TAF que se producen en la infancia y adolescencia son similares a las producidas en los adultos.

La adaptación española de la prueba ofrece propiedades psicométricas equiparables a los de la versión original. Su estructura factorial es invariante entre chicos y chicas; y su aplicación abarca el rango de entre 10 y 18 años, donde cada sujeto valora cada uno del total de 15 items mediante una escala tipo Likert, donde:

0 = Nada de acuerdo,

1 = Poco de acuerdo,

2 = Muy de acuerdo,

3 = Totalmente de acuerdo

El Cuestionario TAFQ-A presenta una consistencia interna α de Cronbach para:

TAF-Total = 0,90; TAF-Moral = 0,90 y para TAF-Probabilidad = 0,86

La fiabilidad test-retest presentó las siguientes correlaciones interclase:

TAF-Total = 0,68; TAF-Moral = 0,63 y para TAF-Probabilidad = 0,66

Las Medias y Desviaciones Típicas que resultaron en la adaptación española fueron:

TAF-Total: Media = 28,1 Desviación Típica = 10,2

TAF-Moral: Media = 16,9 Desviación Típica = 7,2

TAF-Probabilidad: Media = 11,1 Desviación Típica = 4,8

- *Penn State Worry Questionnaire Children (PSWQ-C, Chorpita et al., 1997).* Es Cuestionario de Preocupación del Estado de Pensylvania para Niños y Adolescentes es la versión que realizan Chorpita, Tracey, Brown, Collica y Barlow (1997) del *Penn State Worry Questionnaire (PSWQ, Meyer et al., 1990)*. Autoinforme que evalúa la tendencia a preocuparse ante distintos asuntos o aspectos cotidianos. Esta adaptación a la población infanto-juvenil eliminó dos elementos respecto al cuestionario para adultos (PSWQ) quedando reducidos a 14 ítems en el PSWQ-C. Por otro lado, se siguió la recomendación de las guías para facilitar la lectura en cuanto a reducir las sílabas en las palabras y éstas en las frases con la finalidad de mejorar la comprensión a este tipo de población, así se modificaron nueve ítems y además se redujeron las opciones de respuestas de cinco a cuatro siguiendo una escala tipo Likert (Prados, 2002), donde:

0 = Casi nunca es verdad, 1 = Algunas veces es verdad, 2 = Muchas veces es verdad, 3 = Casi siempre es verdad.

La adaptación a la población española es de Luciana Rausch (2008) quien obtiene un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0,93 y una consistencia interna $\alpha = 0,95$.

- *Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS, Frost et al., 1990).* Escala Multidimensional de Perfeccionismo de Frost (1990). La MPS es una escala de 35 ítems que evalúan perfeccionismo. Se pide al sujeto que marque a través de una escala tipo Likert el grado de acuerdo con cada una de las creencias expresadas en los ítems y la valoren teniendo en cuenta que:

0 = Nada de acuerdo, 1 = Poco de acuerdo,

2 = Muy de acuerdo, 3 = Totalmente de acuerdo

Los 35 ítems han sido agrupados en seis dimensiones en el original (Frost et al., 1990): Exigencias personales, Preocupación por los errores, Dudas sobre acciones, Expectativas paternas, Críticas paternas, y Organización; y hasta en cuatro dimensiones, por ejemplo en la versión adaptada al castellano (Carrasco et al., 2010): Miedo a los errores, Influencias paternas, Exigencias personales y Expectativas de logro. Esta situación ha provocado que algunos autores cuestionen la validez de constructo de la prueba. En lo que sí existe un acuerdo generalizado es en considerar el MPS un cuestionario fiable pues en todos los estudio el índice alfa de Cronbach ha sido superior a 0,90 en la escala total (Frost, 1990; $\alpha = 0,96$; Carrasco, 2010, $\alpha = 0,93$; Gelabert, 2011, $\alpha = 0,93$) y válido (presenta validez convergente, por ejemplo, con el cuestionario sobre preocupaciones ansiosas PSWQ, entre otros) para evaluar perfeccionismo, constructo, que por otra parte, se considera que juega un papel en diferentes tipos de psicopatología.

- *Obsessive Belief Questionnaire–Children Version (OBQ-CV)*. El Cuestionario de Creencias Obsesivas-Versión Infantil fue adaptado por Coles et al., 2010 partiendo del Obsessive Belief Questionnaire (OBQ-44, 2005). Esta adaptación es aplicable a la población infantil y adolescente. Se realizó una adecuación en

expresiones y vocabulario al nivel evolutivo infantil y se redujo de 7 a 5 las opciones de respuesta que utiliza una escala tipo Likert donde:

0 = Totalmente en desacuerdo, 1 = Algo en desacuerdo, 2 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3 = Algo de acuerdo, 4 = Totalmente de acuerdo.

Las respuestas de los sujetos están en función de su grado de acuerdo o desacuerdo en cada uno de los 44 ítems que la componen.

La prueba se subdivide en tres subescalas: Responsabilidad/Estimación de la amenaza; Perfeccionismo/Intolerancia a la incertidumbre e Importancia/Control de los pensamientos. Presenta, a nivel de fiabilidad, una consistencia interna $\alpha = 0,95$ y una fiabilidad test-retest de 0,80 para el total. En cuanto a la validez convergente, no se ha encontrado una prueba equivalente, sí muestra validez discriminante mostrando correlaciones bajas o muy bajas con medidas de depresión (CDI) y ansiedad (BAI).

Hemos utilizado la adaptación de Nogueira, et al. (2012).

- *Not Just Right Experiences Questionnaire-Revised (NJRE-QR; Coles, Heimberg, Frost y Steketee, 2005).* Las experiencias ‘not just right’ (‘no está perfecto’) son relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Rasmussen y Eisen, 1992; Summerfeldt, Richter, Antony y Swinson, 1999; citados por Reyes, S. 2015 –en elaboración). Representan sensaciones internas de insatisfacción en el sentido de que algo no está como debería.

Casi todos los autores consideran que las experiencias ‘not just right’ son propias del TOC (Coles et al., 2003; Coles et al., 2005; Ghisi et al., 2010) sin que se observe una relación significativa con otros trastornos como la ansiedad social, preocupaciones o depresión.

Este cuestionario NJRE-QR (Coles et al., 2005) adaptado a la población juvenil pretende evaluar la presencia de distintas experiencias ‘not just right’ durante el último mes valorando también la severidad del más recientemente ocurrido en la vida del sujeto de entre los enumerados. Esto es, utiliza 19 items donde los 10 primeros enuncian una serie de experiencias ‘not just right’ que han podido tener lugar en el último mes y que el sujeto valora mediante una escala tipo Likert, donde:

0 = Nunca, 1 = A veces, 2 = Mucho, 3 = Siempre

En el ítem 11 el sujeto debe señalar cuál de las sensaciones descritas previamente en esos 10 items ha sido la más reciente para así valorarla en los siguientes 8 items en función de su severidad, frecuencia, malestar que le ocasiona tanto de forma inmediata como a lo largo del día, dificultad que encuentra para dejar de atender a la sensación, así como su necesidad de hacer algo ante dicha sensación y la responsabilidad de hacerlo. Igualmente se utiliza una escala tipo Likert de 4 puntos para que el sujeto realice su valoración al respecto.

La adaptación a la población española realizada por Reyes et al. (2015, en elaboración) presenta una buena consistencia interna para los 10 primeros

ítems, $\alpha = 0,80$. Igual sucede con los ítems que valoran severidad, cuya $\alpha = 0,88$. Muestra una aceptable fiabilidad test-retest. Igualmente se obtienen datos sobre su validez donde se encuentran correlaciones con escalas que evalúan TOC, correlaciones débiles (miedos específicos) y moderadas (ansiedad por separación, fobia social, ataque de pánico y agorafobia, y ansiedad generalizada). En definitiva, se observan en la versión española para niños y adolescentes características psicométricas similares a las de la versión original para adultos.

- *Children's Depression Inventory-Short (CDI-S, M. Kovacs, 1992)*. El Inventario de Depresión para Niños-Abreviado (CDI-S, adaptación española V. del Barrio, L. Roa, M. Olmedo y F. Colodrón, 2002). El rango de edad en que se aplica esta prueba es de entre 8 y 18 años, siendo la administración tanto individual como colectiva. La prueba consta de 10 ítems que proceden del CDI (Cuestionario de Depresión Infantil, Kovacs, 1983) y que se refieren a los síntomas nucleares de la depresión. El formato presenta tres frases que describen síntomas relacionados con los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de la depresión. Se valora mediante la siguiente escala:

0 = Ausencia del síntoma,

1 = Presencia de baja intensidad,

2 = Presencia de alta intensidad o frecuencia

La prueba mide tres factores: Autoestima (ítems: 10, 4, 7 y 8), Anhedonia (ítems: 5, 1 y 6) y Desesperanza (ítems: 2, 3 y 9). De ahí se obtiene una Puntuación Directa que consiste en la suma de las puntuaciones en cada ítem.

Los datos psicométricos que aporta la adaptación española presenta una fiabilidad $\alpha = 0,71$ y fiabilidad test-retest a 1 semana = 0,75; a 2 semanas = 0,72; a 2 meses = 0,66 y a 9 meses = 0,57. También refiere datos sobre una adecuada validez convergente y divergente.

5.3 Procedimiento

El protocolo seguido en cada ocasión a la hora de presentar nuestro proyecto ha sido contactar con el Orientador/a de cada Centro a quien informábamos, acreditados desde el equipo de investigación del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico de la Facultad de Psicología de la UMA. El Orientador/a nos sirvió de enlace con la Dirección para dar el visto bueno y obtener el permiso pertinente por parte de los padres/tutores de los menores que compondrían nuestra muestra. Posteriormente y tras ajustar agendas para interferir lo menos posible en el desarrollo de las actividades propias de cada Centro, planificábamos las dos sesiones que nos ocuparían cada grupo, se trabajó en horario lectivo en sus respectivas aulas con grupos de entre 20 y 25 alumnos y entre 45 y 60 minutos cada sesión. Dado el número de Cuestionarios que se les aplicó, éstos fueron recogidos en dos cuadernillos que se repartieron en dos sesiones por grupo como se ha referido y además fueron contrabalanceados (tanto los cuadernillos como los cuestionarios que contenían) para

controlar los posibles efectos del cansancio y del orden de éstos. En el plazo de un mes se aplicó un retest con los grupos que determinamos a priori para que fueran representativos de los diferentes rangos de edad.

Los participantes eran informados por mí personalmente sobre en qué consistiría su tarea así como de la confidencialidad sobre sus respuestas y el trato anónimo que daríamos a sus datos. En cada caso tuve la valiosa ayuda de dos estudiantes de 2º curso del Grado de Psicología entrenadas al efecto y que nos encargábamos de resolver las posibles dudas así como supervisar en cada entrega del cuadernillo que no quedaba ningún ítem por responder. Igualmente hay que agradecer la colaboración, interés y disponibilidad de los docentes ‘afectados’ por nuestra ‘interferencia’ en el desarrollo de sus actividades.

CAPÍTULO 6

ANÁLISIS DE DATOS

6 Resultados

Para comprobar las hipótesis que se proponen en esta tesis, ha sido necesario validar previamente el cuestionario ASIC, tal como se ha descrito anteriormente. La validación del ASIC ha consistido, en primer lugar, en comprobar mediante análisis factorial exploratorio que en la versión española de la prueba aparecen los mismos dos factores que en la versión original inglesa. Para ello se ha realizado un análisis de componentes principales con rotación oblimin y promax. De esta forma, los resultados presentes pueden compararse tanto con los resultados de Laurent et al. (1998), que realizan una rotación ortogonal (promax), como con los de Deacon et al. (2002), que realizan una rotación oblicua (oblimin). Posteriormente se ha comprobado mediante análisis factorial confirmatorio multigrupos que la estructura de dos factores encontrada en el análisis factorial exploratorio de nuestra muestra es semejante en chicos y en chicas, así como en niños y adolescentes. Se han considerado niños a los estudiantes que tenían entre 10 y 14 años; y adolescentes, a los que tenía entre 15 y 18 años. En este sentido, se han sometido a prueba las siguientes hipótesis:

- (a) Un modelo de dos factores de primer orden agrupados en un factor de segundo orden explica mejor los datos que un modelo en el que se propone un único factor que agrupa todos los ítems. Esto se ha comprobado sobre la muestra total.
- (b) El modelo de dos factores de primer orden agrupados en un factor de segundo orden presenta invarianza métrica entre chicos y chicas, así como entre niños y

adolescentes. Entendemos por invarianza métrica que en todos los casos (chicos y chicas, y niños y adolescentes) los ítems del ASIC se agrupan en dos factores de primer orden y uno de segundo orden (invarianza configuracional), que los pesos factoriales de cada uno de los ítems en cada factor son semejantes, que el error con que cada ítem mide cada factor es semejante, y que los interceptos (medias) de cada factor de primer orden es semejante. Si aparece invarianza métrica, puede afirmarse que el ASIC mide lo mismo, de la misma forma, con el mismo error y en la misma escala en chicos y en chicas y en niños y en adolescentes. Por tanto, resulta lícito comparar unos grupos con otros (v. g., las medias de chicos y chicas).

A continuación se ha estimado la fiabilidad de las tres escalas del ASIC (escala física, escala mental y puntuación total), tanto en cuanto a su consistencia interna como en cuanto a su fiabilidad test-retest. Para la consistencia interna se proporciona el Alfa de Cronbach. Para la fiabilidad test-retest se proporcionan tres tipos de datos: la correlación de Pearson entre las puntuaciones del primer y del segundo pase de la prueba, las diferencias entre las medias de ambos pases, la prueba *t* de Student para calcular la significación estadística entre dichas diferencias y, en caso de ser estadísticamente significativas, el tamaño del efecto expresado mediante la *d* de Cohen.

Posteriormente, para comprobar la validez del ASIC, se ha calculado la inter-correlación (Pearson) de las puntuaciones de sus escalas, la correlación entre la puntuación de sus tres escalas y distintos tipos de síntomas de ansiedad evaluados mediante la SCAS y, por último, su correlación con otras variables relacionadas, tales

como el número total de síntomas de ansiedad (evaluados mediante la puntuación total en la SCAS), las preocupaciones por asuntos de la vida cotidiana (PSWQ), las creencias disfuncionales de tipo obsesivo (OBQ-CV), las creencias sobre perfeccionismo (FMPS), y las sensaciones “not just right”.

Tras la adaptación y validación del ASIC, ha sido posible someter a comprobación las hipótesis principales del presente trabajo.

Para comprobar que ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad son constructos estrechamente relacionados pero no idénticos se ha calculado la correlación entre la ansiedad rasgo (STAIC-R) y las tres escalas del ASIC. Se espera que todas las correlaciones sean moderadas o altas, positivas y estadísticamente significativas (ya que son constructos relacionados), pero sin aproximarse a la unidad (ya que no son constructos idénticos). Dado que el STAIC-R suele correlacionar alto con medidas de depresión, también se ha calculado la correlación de las escalas del ASIC y del STAIC-R con el CDI-S.

Con la misma finalidad, mediante análisis factorial confirmatorio se ha comprobado si los ítems del ASIC y los del STAIC-R se agrupan en uno o dos factores. Dado que se propone que son constructos no idénticos, se espera que el modelo de dos factores describa mejor los datos que el modelo de un único factor.

Por último, se ha calculado mediante análisis de vías qué porcentaje de la varianza de los síntomas de ansiedad explican la ansiedad rasgo y la sensibilidad a la ansiedad.

La multi-imputación de los valores omitidos se ha realizado mediante el programa PRELIS, versión 2. La consistencia interna se ha calculado mediante el programa FACTOR, versión 9. Los análisis factoriales confirmatorios, la invarianza métrica y los análisis de vías se han realizado mediante el programa LISREL, versión 8.3. El resto de los cálculos se han realizado mediante el programa IBM SPSS, versión 22.

6.1 Análisis factoriales

6.1.1 Análisis factorial exploratorio

Para poder comparar los resultados del presente estudio con los de estudios previos, hemos seguido el mismo procedimiento empleado por Deacon y colaboradores (2002) y por Laurent y colaboradores (1998), que emplearon el procedimiento de análisis de componentes principales y rotación, bien ortogonal, bien oblicua. En la Tabla 1 pueden verse los resultados del análisis de componentes principales y rotación oblicua oblimín (y entre paréntesis, rotación ortogonal promax). Como fácilmente puede apreciarse en dicha tabla, claramente aparecen dos componentes que coinciden con los de la versión original inglesa: el primero de ellos, interpretado como preocupaciones por las manifestaciones físicas de la ansiedad, explica el 36,7% de la varianza; el segundo, interpretado como preocupaciones por las manifestaciones mentales de la ansiedad, explica el 13,2% de la varianza. Únicamente el ítem 2 (“Me asusto cuando veo que estoy temblando”), que se esperaba que saturara únicamente en el factor físico, satura de forma apreciable en el factor que no le corresponden. Todos

los demás ítems saturan alto ($>0,50$) en el factor al que pertenecen y bajo ($<0,20$) en el factor al que no pertenecen, como era de esperar.

Tabla 1. Análisis factorial exploratorio de los ítems del ASIC. Método de análisis de componentes principales con rotación oblimín y (entre paréntesis) promax

<i>Nº de Ítem</i>	<i>Enunciado de los ítems</i>	<i>Preocupación Física</i>	<i>Preocupación Mental</i>
3	Me asusto cuando me parece que me voy a marear	0,61 (0,62)	0,14 (0,13)
4	Me asusto cuando mi corazón late deprisa	0,76 (0,77)	0,00 (-0,01)
10	Me asusto cuando me siento el cuerpo raro	0,62 (0,62)	0,17 (0,16)
7	Me asusto cuando no puedo oír mi respiración	0,68 (0,69)	-0,02 (-0,03)
5	Me asusto cuando me siento el estómago revuelto	0,58 (0,58)	0,17 (0,16)
2	Me asusto cuando veo que estoy temblando	0,36 (0,35)	0,43 (0,44)
6	Cuando siento que mi corazón late rápido, me preocupa que me pase algo malo	0,86 (0,87)	-0,07 (-0,09)
8	Cuando me siento mal del estómago, me preocupa que pueda ponerme gravemente enfermo	0,76 (0,78)	-0,12 (-0,13)
11	Cuando estoy nervioso, me preocupo por si estoy volviéndome loco	-0,01 (-0,02)	0,80 (0,82)
1	Cuando no logro centrarme en lo que estoy haciendo, me preocupa estar volviéndome loco	-0,09 (-0,12)	0,83 (0,85)
12	Me asusta ponerme nervioso	0,02 (-0,01)	0,70 (0,72)
9	Me asusta no ser capaz de centrarme en lo que estoy haciendo	0,10 (0,08)	0,56 (0,57)
	% Varianza de factores rotados	36,7%	13,2%

6.1.2 Análisis factorial confirmatorio e invarianza métrica entre chicos y chicas y entre niños y adolescentes

En la Tabla 2 aparecen los resultados del análisis factorial confirmatorio. En dicho análisis se han sometido a comprobación tres hipótesis o modelos explicativos de los datos. En el primero se ha postulado que las respuestas a los ítems no guardan relación alguna entre sí, que dichas respuestas son independientes y que, por tanto, no tendría sentido sumar las puntuaciones de los ítems para formar escalas. En la segunda hipótesis se ha propuesto que todos los ítems del ASIC se agrupan en un único factor. Por último, en la tercera hipótesis se ha propuesto que los ítems del ASIC, tal como ha aparecido en estudios previos, se agrupan en dos factores de primer orden que (preocupaciones físicas y preocupaciones mentales), a su vez, constituyen un factor de segundo orden (interpretable como sensibilidad a la ansiedad). Como puede comprobarse en la Tabla 2, cuando se utilizan todos los estudiantes de la muestra, la hipótesis que más se ajusta a los datos obtenidos es la que establece que los ítems del ASIC se agrupan en dos factores de primer orden y uno de segundo orden. Así lo indican todos los índices de bondad de ajuste de acuerdo con los criterios usualmente utilizados en estos casos: la ji cuadrado de Satorra-Bentler, en relación a sus grados de libertad, es la menor de los tres modelos, RMSEA y SRMR son menores de 0,08, y CFI y GFI son mayores de 0,95. Aunque el modelo de un único factor también se ajusta relativamente bien a los datos (excepto por el valor de RMSEA, que supera el 0,08), el modelo de dos factores de primer orden y uno de segundo es el que mejor describe los datos de la muestra utilizada.

En las dos últimas filas de la Tabla 2 pueden verse los resultados obtenidos al someter a comprobación la invarianza métrica entre chicos y chicas y entre niños y adolescentes. Al someter a prueba empírica la invarianza métrica hemos exigido que se cumplan los siguientes requerimientos: que el número de factores sean tres (dos de primer orden y uno de segundo orden), tanto en chicos como en chicas, que el peso factorial de cada ítem en el factor a que pertenece sea equivalente en ambos sexos, que el error con que cada ítem mide su factor sea equivalente, y que los interceptos (medias de los factores latentes) sean iguales. Lo mismo se ha exigido en el caso de la comparación entre niños y adolescentes. De esta forma, se comprueba si los ítems del ASIC miden lo mismo, de la misma forma, con el mismo grado de error, y en la misma escala en chicos y en chicas, así como en niños y en adolescentes. Como puede comprobarse en la Tabla 2, el modelo de dos factores de primer orden agrupados en un factor de segundo orden se adecúa bien a los datos. Es más, si atendemos al valor de CFI, tal como recomiendan Cheung y Rensvold (2002), podemos concluir que dicho modelo describe bien los datos tanto cuando utilizamos la muestra total, como cuando la dividimos en chicos y chicas, o en niños y adolescentes.

Tabla 2. Análisis factorial confirmatorio e invarianza métrica entre chicos y chicas y entre niños y adolescentes.

<i>Modelo/Muestra</i>	<i>Ji cuadrado de Satorra- Bentler</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>RMSEA</i>	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>GFI</i>
Todos						
<i>Independiente</i>	21693	66				
<i>1 Factor</i>	664,52	54	0,092 (0,085- 0,098)	0,97	0,065	0,99
<i>2+1 Factores</i>	416,72	52	0,072 (0,066- 0,79)	0,98	0,052	0,99
Invarianza Chicos-Chicas	540,37	151	0,062 (0,056- 0,068)	0,98	Var: 0,054 Muj: 0,075	Var: 0,99 Muj: 0,98
Invarianza Niños- Adolescentes	589,59	151	0,066 (0,060- 0,071)	0,98	Niñ: 0,049 Adol: 0,072	Niñ: 0,99 Adol: 0,98

RMSEA: root mean square error of approximation; CFI: comparative fix index; SRMR: standardized root mean square residual; GFI: goodness of fit index.

En la Tabla 3 pueden observarse los pesos factoriales (coeficientes lambda) de cada ítem en el factor a que pertenece. Al final de dicha tabla aparecen los pesos (coeficientes gamma) de los factores de primer orden en el factor de segundo orden. Como puede observarse, todos los pesos factoriales, tanto en los factores de primer

orden como en el factor de segundo orden, son altos y consistentes con lo que cabía esperar.

Tabla 3. Pesos factoriales de cada ítem en cada factor de primer orden (pesos Lambda) y de cada factor de primer orden en el factor de segundo orden (pesos gamma).

<i>Ítem</i>	<i>Preocupación Física</i>	<i>Preocupación Mental</i>
2	0,73	---
3	0,71	---
4	0,80	---
5	0,72	---
6	0,83	---
7	0,69	---
8	0,66	---
10	0,75	---
1	---	0,74
9	---	0,61
11	---	0,89
12	---	0,71
	<i>Factor de segundo orden</i>	
<i>Factor de Preoc. Física</i>	0,86	
<i>Factor de Preoc. Mental</i>	0,82	

6.2 *Fiabilidad*

Como puede verse en la Tabla 4, la fiabilidad según el alfa de Cronbach nos indica que la consistencia interna de la escala ASIC es excelente, $\alpha = 0,92$. En cuanto a las subescalas que contiene presentan una excelente fiabilidad $\alpha = 0,90$ la de Preocupaciones fisiológicas y buena fiabilidad, $\alpha = 0,82$ la de Catástrofe mental. Por otro lado, la fiabilidad test-retest a un mes, presenta una correlación de Pearson $r = 0,60$ para el ASIC total, lo que representa una correlación positiva moderada al igual que la subescala Preocupaciones fisiológicas, $r = 0,60$ mientras que la subescala Catástrofe mental presenta una correlación positiva moderada $r = 0,45$. Que el índice sea menor en la subescala Catástrofe mental es, sin duda achacable, por un lado al menor número de ítems que contiene; por otro lado, la población a la que se aplica el retest –niños y adolescentes- que, obviamente, no muestran la misma estabilidad emocional que cuando se trata de adultos. En cualquier caso, la estabilidad temporal de las puntuaciones expresada mediante las diferencias de medias entre test y retest son estadísticamente significativas según los resultados t de Student con $p \leq 0,01$. Por último, cabe señalar que la d de Cohen presenta valores por debajo de 0,2 que siguiendo el criterio de Cohen (1988) puede considerarse como un efecto pequeño pues las diferencias son de poca cuantía.

Entre otros aspectos, es importante el test-retest para ver cuánto es esperable que baje aún sin que se de ningún tipo de intervención, pues siempre baja la puntuación en el retest, circunstancia que no tiene una explicación definitiva, pero que ocurre sistemáticamente y se hace importante conocer este dato porque todo lo que esté por debajo de esas puntuaciones será debido al efecto terapéutico de la intervención, pero si

no conocemos ese dato, concluir que como el retest ha bajado las puntuaciones medias se debe a la intervención, resulta un tanto gratuito y sería un error de consideración. Nuestros datos arrojan las puntuaciones medias en el test y en el retest con sus respectivas desviaciones típicas que se recogen en las columnas cuatro y cinco de la Tabla 4 y cuya interpretación hemos referido más arriba atendiendo a las puntuaciones t y d de Cohen.

Tabla 4. Fiabilidad en nuestra muestra.

<i>Prueba</i>	<i>Alfa de Cronbach *</i>	<i>Test-retest r</i>	<i>Media test (dt)</i>	<i>Media retest (dt)</i>	<i>t**</i>	<i>d de Cohen</i>
<i>ASICtotal</i>	0,92	0,60	7,94(6,90)	6,97(6,26)	2,93**	0,16
<i>ASICfisio</i>	0,90	0,60	5,72(5,159)	4,96(4,58)	3,14**	0,17
<i>ASICmen</i>	0,82	0,45	2,21(2,31)	2,00(2,25)	1,65	---

r: índice de correlación de Pearson.

6.3 Intercorrelación entre las escalas del ASIC

Como podemos observar en la Tabla 5 las intercorrelaciones que se producen entre la escala ASIC-Total con la subescala ASIC-Preocupaciones físicas es excelente, $r= 0,94$; la correlación entre ASIC-Total y ASIC-Catástrofe mental es $r= 0,74$ que siendo buena es algo más baja que la anterior pero no hay que perder de vista que esta subescala utiliza la mitad de ítems que la ASIC-Preocupaciones fisiológicas. Por último,

la correlación entre ambas subescalas es $r = 0,47$ lo que consideramos normal en la medida que ambas valoran aspectos diferentes del mismo constructo, Sensibilidad a la Ansiedad.

Tabla 5. Intercorrelación de las escalas.

	<i>ASIC Total</i>	<i>ASIC Preocupaciones Físicas</i>	<i>ASIC Preocupaciones Mentales</i>
1. ASIC Total	1		
2. ASIC Preocupaciones físicas	0,94	1	
3. ASIC Preocupaciones mentales	0,74	0,47	1

6.4 Intercorrelación entre ASIC y otras pruebas

En la Tabla 6 podemos apreciar también cómo se relaciona la ASIC con los trastornos de ansiedad evaluados por la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Los resultados muestran que las puntuaciones de ASIC-Total correlacionan moderadamente con ataques de pánico/agorafobia, fobia social, ansiedad por separación, TOC, TAG y con la SCAS-Total; con el miedo al daño físico, la correlación es positiva pero baja (0,22). En cuanto a las subescalas del ASIC, encontramos que Preocupaciones físicas correlacionan moderadamente con pánico/agorafobia, ansiedad por separación, TAG y con la SCAS-Total; la correlación es baja con fobia social, TOC y miedo al daño físico. La subescala Catástrofe mental correlaciona moderadamente con pánico/agorafobia, fobia social, ansiedad por separación, TOC, TAG y SCAS-Total. La correlación resulta muy baja con miedo al daño físico.

Tabla 6. Relación de las puntuaciones de la ASIC con síntomas de los distintos trastornos de ansiedad

	<i>ASIC Total</i>	<i>ASIC Preocupaciones Físicas</i>	<i>ASIC Preocupaciones Mentales</i>
1. SCAS Pánico/Agorafobia	0,54	0,43	0,56
2. SCAS Fobia Social	0,41	0,32	0,43
3. SCAS Ansiedad Separación	0,47	0,41	0,43
4. SCAS TOC	0,44	0,36	0,44
5. SCAS TAG	0,58	0,53	0,46
6. SCAS Miedo Daño Físico	0,22	0,27	0,05
SCAS Total	0,53	0,50	0,56

SCAS: Escala de Ansiedad para Niños de Spence. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas con $p \leq 0,01$.

En la Tabla 7 podemos apreciar cómo correlacionan la escala del ASIC- Total, y como corresponde, las dos subescalas que la componen: ASIC-Preocupación Física y ASIC-Preocupación Mental con otras pruebas que evalúan componentes, más de carácter cognitivo, relacionados con los trastornos de ansiedad.

Así, observamos que la subescala ASIC-Preocupación Mental correlaciona moderadamente de forma positiva con cada una de las pruebas comparadas presentando una r sensiblemente más alta, en general, que las correlaciones de estas pruebas con la subescala ASIC-Preocupación Física (correlaciones positivas bajas-moderadas) y mostrando correlaciones positivas y moderadas entre ASIC-Total y cada una de estas

pruebas en sus versiones adaptadas a la población infantil y adolescente: Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción (TAFQ-A Total), Cuestionario de Preocupación (PSWQ-C) –preocupaciones sobre asuntos cotidianos-, Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ-CV Total), Escala Multidimensional sobre Perfeccionismo de Frost (FMPS Total) y el Cuestionario Revisado ‘not just righth’ respecto a Experiencias ‘not just righth’ y Severidad de la experiencia ‘not just righth’ más problemática.

Tabla 7. Correlación del ASIC con la puntuación de otras escalas relacionadas (Pearson).

<i>Pruebas</i>	<i>ASIC Preocupación Física</i> (Miedo de la Activación Fisiológica)	<i>ASIC Preocupación Mental</i> (Miedo a la Catástrofe Mental)	<i>ASIC Total</i>
<i>TAFQ-A Total</i>	0,30 (**)	0,30 (**)	0,33 (**)
<i>PSWQ-C</i>	0,42 (**)	0,48 (**)	0,48 (**)
<i>OBQ-CV Total</i>	0,44 (**)	0,46 (**)	0,48 (**)
<i>FMPS Total</i>	0,32 (**)	0,44 (**)	0,40 (**)
<i>NJRE-QR Experiencias NJR</i>	0,38 (**)	0,41 (**)	0,43 (**)
<i>NJRE-QR Severidad de la NJR-Ex más problemática</i>	0,28 (**)	0,30 (**)	0,31 (**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

TAF: Thought-Action Fusion; PSWQ: Penn State Worry Questionnaire; OBQ: Obsessional Belief Questionnaire; FMPS: Frost Multidimensional Perfectionism Scale; NJRE-QR: Not Just Righth Experiences Questionnaire-Revised.

6.5 Hipótesis de que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad son constructos relacionados, pero no idénticos.

En los datos ofrecidos en la Tabla 8 comprobamos que la ansiedad rasgo evaluada a través del STAIC-R y la sensibilidad a la ansiedad evaluada mediante el ASIC son constructos parecidos, pues correlacionan por encima de 0, pero no idénticos (su correlación no es 1) como podemos observar en los datos de la Tabla 8, y por tanto ambos constructos hemos de tenerlos en cuenta a la hora de explicar la presencia de ansiedad; pues a la vista de estos resultados parece más sensato suponer que la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad rasgo no son lo mismo y por tanto que evaluamos una y otra y no solamente Ansiedad. De manera que podemos decir que sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo son constructos complementarios.

Destacamos también en la Tabla 8 que la parte en común entre el ASIC y el STAIC-R no se deberá a la depresión, vemos cómo curiosamente la relación entre ansiedad rasgo y depresión (evaluada mediante el *Children's Depression Inventory-Short, CDI-S, M. Kovacs, 1992*) es superior que la relación entre sensibilidad a la ansiedad y la depresión. Es lógico que haya algo de correlación si pensamos que lo que habitualmente vemos en el ámbito clínico es que los sujetos que manifiestan algún tipo de trastorno de ansiedad presentan también síntomas depresivos.

Tabla 8. Ansiedad Rasgo y Sensibilidad a la Ansiedad son constructos relacionados pero no idénticos.

<i>Pruebas</i>	<i>ASIC Preocupación Física (Miedo a la Activación Física)</i>	<i>ASIC Preocupación Mental (Miedo a la Catástrofe Mental)</i>	<i>ASIC Total</i>	<i>CDI-S</i>
<i>STAIC-R</i>	0,44 (**)	0,52 (**)	0,50 (**)	0,67 (**)
<i>CDI-S</i>	0,27 (**)	0,36 (**)	0,33 (**)	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

6.6 Hipótesis de que los ítems del STAIC-R y del ASIC se agrupan en dos factores distintos.

Otra forma de comprobar que la ansiedad rasgo y la sensibilidad a la ansiedad son conceptos distintos es someter a prueba empírica que los ítems del STAIC y los ítems del ASIC, cuando se los somete a análisis factorial confirmatorio, se ajustan más a un modelo de dos factores (ansiedad rasgo y sensibilidad a la ansiedad) que a un modelo de un único factor. En la Tabla 9 aparecen los resultados de dicho análisis factorial confirmatorio. Como puede comprobarse en dicha tabla, el modelo de dos factores se ajusta bien a los datos, ya que todos los índices de bondad de ajuste arrojan valores admisibles: RMSEA y SRMR quedan por debajo de 0,08, y CFI y GFI quedan por encima de 0,95. Por su parte, el modelo de un único factor se ajusta poco a los datos, ya

que RMSEA y SRMR quedan por encima de 0,08, y CFI y GFI quedan por debajo de 0,95. Los resultados, pues, permiten afirmar que la ansiedad rasgo y la sensibilidad a la ansiedad son constructos perfectamente diferenciables a nivel empírico.

Tabla 9. *Los ítems del STAIC-R y los del ASIC se agrupan mejor en 2 factores que en 1.*

<i>Modelo</i>	<i>S-B χ^2</i>	<i>Grados Libertad.</i>	<i>RMSEA</i>	<i>CFI</i>	<i>SRMR</i>	<i>GFI</i>
2 Factores (SA y AR)	2216,18	463	0,06 (0,05-0,06)	0,98	0,06	0,98
1 Factor	8008	464	0,12 (0,11-0,12)	0,92	0,11	0,94
Independiente	99706,94	496				

S-B χ^2 : Ji cuadrado de Satorra-Bentler; RMSEA: root mean Squire error of approximation; CFI: comparative fix index; SRMR: standardized root mean square residual; GFI: goodness of fit index.

6.7 Relación entre la Sensibilidad a la Ansiedad y la Ansiedad Rasgo con los síntomas de ansiedad

Una de las cuestiones fundamentales de esta tesis ha sido comprobar que Ansiedad Rasgo y Sensibilidad a la Ansiedad no son constructos idénticos sino que son complementarios, es decir, si detectamos, por ejemplo a través de una entrevista, que un sujeto presenta ansiedad y hemos de contemplar la idea de intervenir; a la vista de los

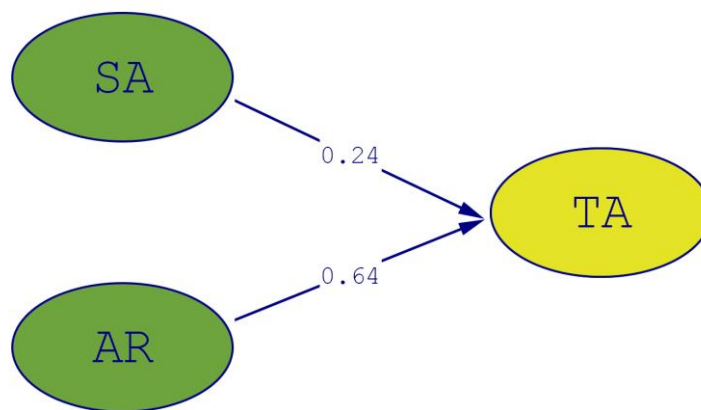
resultados presentados anteriormente, tendremos que pensar en controlar las manifestaciones que se relacionen con la Ansiedad Rasgo y las que correspondan a la Sensibilidad a la Ansiedad, esto es, habremos de ocuparnos terapéuticamente de abarcar ambos conceptos implicados en el trastorno de ansiedad porque si sólo contemplamos, como se viene haciendo en la mayoría de las situaciones, la Ansiedad Rasgo, habrá otro aspecto de la ansiedad, la Sensibilidad a la Ansiedad, que al no trabajarlo contribuirá a la permanencia del trastorno. Si esto es así, deberemos, pues, replantear la situación y contemplar, tanto a nivel colectivo como individual, evaluar ambos constructos mediante el uso del STAIC-R y el ASIC y poder valorar así la cuantía de la presencia tanto de Ansiedad Rasgo como de Sensibilidad a la Ansiedad en el Trastorno de Ansiedad manifestado por el/los sujeto/s evaluados. Una forma de detectar la influencia relativa de cada uno de los constructos –Ansiedad Rasgo y Sensibilidad a la Ansiedad- en los síntomas de ansiedad es mediante análisis de vías.

En el análisis de vías representado en la Figura 1 podemos observar cómo la Ansiedad Rasgo explica el 64% de la Ansiedad como trastorno y el 24% viene explicado por la Sensibilidad a la Ansiedad. Hay que concluir, pues, que los síntomas de ansiedad pueden ser explicados en una alta proporción por la ansiedad rasgo. No obstante, también es cierto que casi un cuarto de la varianza de dichos síntomas queda explicado por la sensibilidad a la ansiedad.

Figura 1.

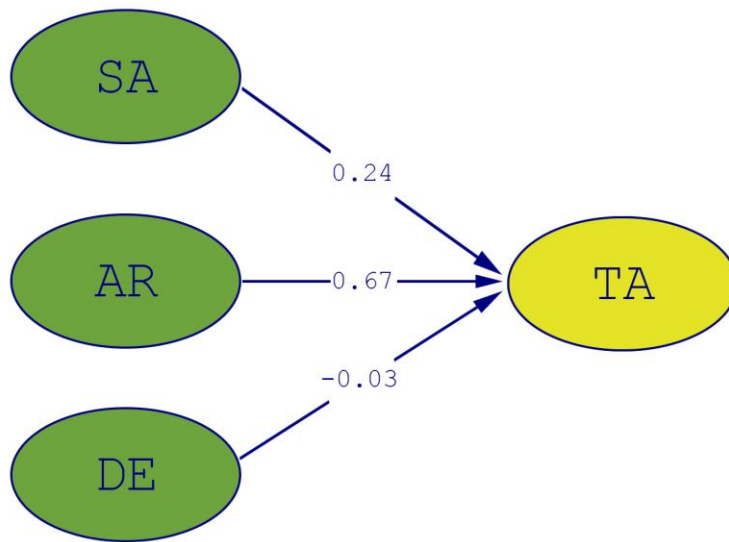
MODELOS DE INFLUENCIA SOBRE SCAS total

Modelo de SA (ASIC) y AR (STAIC-R) sobre TA (SCAS total)



Como hemos visto, la Ansiedad Rasgo presenta mayor correlación con Depresión que la Sensibilidad a la Ansiedad. En la Figura 2 podemos observar cómo se relacionan con el Trastorno de Ansiedad, la Ansiedad Rasgo que explica la mayor parte de la presencia de ansiedad; la Sensibilidad a la Ansiedad, que explicaría una parte importante de ésta, podríamos decir que una cuarta parte de la Ansiedad total sería atribuible a la Sensibilidad a la Ansiedad y no a la actitud negativa, Depresión, de los sujetos.

Figura 2. Modelo de SA (ASIC), AR (STAIC-R) y DE (CDI-S) sobre TA (SCAS total)



CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

Pretendíamos someter a comprobación empírica estas dos hipótesis:

- I. *Que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad son constructos relacionados pero no idénticos; y*
- II. *Que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad se complementan entre sí a la hora de explicar los síntomas de los trastornos de ansiedad (esto es, explican porciones distintas de la varianza).*

Como se ha explicado más arriba, el primer paso para poder verificar nuestras hipótesis ha sido llevar a cabo la adaptación al castellano del ASIC. Para lo cual se realizó la traducción y retraducción de la versión original inglesa de 12 ítems desarrollada por Laurent et al. (1998). Posteriormente hemos aplicado los estudios psicométricos pertinentes sobre fiabilidad y validez que contribuyan a la garantía científica para el uso de esta escala en nuestra población.

Lo primero que hemos de señalar es que, si bien existen muchos estudios sobre el concepto de sensibilidad a la ansiedad en adultos, no ocurre lo mismo en la población infantil y juvenil, pero aún más, sólo conocemos dos pruebas dirigidas a esta población a la hora de evaluar este constructo y ambas son adaptaciones de la prueba para adultos del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI, *Anxiety Sensitivity Index*, Peterson y Reiss, 1986, 1992; Sandín et al., 1999, 2004); la desarrollada por Silverman et al. (1991) *Childhood Anxiety Sensitivity Index* (CASI, adaptada al castellano por Sandín et al., 1996) y la versión de Laurent et al. (1998) *Anxiety Sensitivity Index for Children* (ASIC) cuya adaptación ofrecemos en la presente tesis. Pero además, si bien existen menos estudios sobre la sensibilidad a la ansiedad en la infancia y adolescencia, los que

se han llevado a cabo han utilizado el CASI como instrumento de evaluación; y hasta donde nosotros conocemos, en la población española sólo se ha investigado utilizando el CASI. El ASIC no se ha utilizado en muchas investigaciones; destacamos a Laurent et al. (1998) en sus tres estudios donde se adaptó la escala (existe un estudio de Laurent y Stark, 1993 con una muestra de 43 niños diagnosticados de ansiedad y depresivos y que puntuaban más alto en ASIC en relación con otra de 18 niños sin trastorno, pero no se aportan datos sobre validez ni siquiera sobre su relación con otros trastornos de ansiedad); Valentiner et al. (2002) incluyeron el ASIC como una medida de ansiedad en su estudio sobre ideación y conducta suicida en adolescentes; también ha sido utilizado por Deacon et al. (2002).

En el punto anterior hemos presentados nuestros resultados que como se puede apreciar presentan algunos matices importantes a destacar respecto a los obtenidos por Laurent et al. (1998) y por Deacon et al. (2002). En primer lugar, referidos a la muestra, mientras que Laurent en los tres estudios que llevó a cabo no superó los 150 sujetos en ninguno de ellos, estando compuesta por una población no clínica en el estudio 1 y por sujetos con problemas conductuales en los estudios 2 y 3 moviéndose siempre en un rango de edad de entre 9 y 15 años. Por su parte, Deacon utilizó una muestra no clínica más amplia, 308 sujetos, en un rango de edad de entre 12 y 18 años, por tanto una población más adolescente que infantil. Nosotros hemos utilizado una muestra no clínica de mayor tamaño, 1348 sujetos en un rango de edad comprendido entre 10 y 18 años.

7.1 Adaptación del ASIC

Como decíamos, el primer paso ha consistido en la traducción y retraducción de la escala a la que hemos aplicado los estudios psicométricos que nos ofrecían los resultados referidos anteriormente y que podemos relacionarlos con los obtenidos por otros autores que de alguna manera se han relacionado con el ASIC.

En la adaptación del ASIC hemos realizado un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) que nos permita encontrar la estructura interna de la escala identificando las variables más relevantes y lo que encontramos nos resulta coincidente con Laurent et al. (1998) quienes obtuvieron (una vez corregida la escala en el estudio 1 que provoca la decisión de eliminar cuatro ítems como ya explicamos) tras utilizar el análisis de componentes principales (PCA) con rotación ortogonal que los 12 ítems cargan de forma moderada y alta en lo que se podría considerar un factor general fuerte y un segundo factor con menor representación. Sin embargo, derivado de una rotación oblicua se diferencian dos factores que presentan una correlación entre ellos de 0,52, donde el factor 1 representa el 48,8% de la varianza y el factor 2, el 8,8% de la varianza. Los autores aplicaron el procedimiento Schmid-Leimand, útil para separar la varianza de los ítems explicada por un factor general o de orden superior en este caso, de la varianza explicada por los factores primarios y no por el factor general. De ahí, Laurent et al. (1998) en los estudios 2 y 3; a través de este procedimiento presentan el ASIC definitivamente como un instrumento que se describe mejor mediante una estructura jerárquica con un factor superior (sensibilidad a la ansiedad) y dos factores primarios, factor 1 (preocupación por la activación fisiológica) y factor 2 (temor de una catástrofe mental).

Por su lado, Deacon et al. (2002) con una muestra de 308 adolescentes de 12 a 18 años mediante análisis factorial exploratorio (AFE) y realizando rotación oblicua (oblimin) obtienen una estructura similar a la presentada por Laurent et al. (1998). Así, Deacon et al. (2002) obtienen un Factor 1 que evalúa los temores a la activación física y un Factor 2 que evalúa los temores de una catástrofe mental lo que se relaciona en la escala ASIC con sendas subescalas donde la primera contiene 8 ítems y la segunda, 4 ítems. Ambos factores muestran entre sí una significativa correlación $r = 0,47$ con $p < 0,01$. Donde el factor 1 representa el 36,7% de la varianza y el factor 2, el 13,2%.

Los resultados de nuestro análisis factorial exploratorio indican exactamente la misma distribución de los 8 ítems que corresponden al factor 1 y los 4 ítems que corresponden al factor 2, si bien en nuestros datos, el ítem “*me asusto cuando veo que estoy temblando*” (ítem 2 en nuestra adaptación) satura en ambos factores, mientras que en los datos ofrecidos por estos autores, lo hace exclusivamente en el factor 1. Lo mismo que Laurent et al. (1998) y que Deacon et al. (2002) los mismos elementos quedan asignados en las mismas subescalas. Al igual que en la versión inglesa, en nuestro estudio los factores 1 y 2 explican exactamente el mismo porcentaje de la varianza; 36,7% y 13,2% respectivamente.

Teniendo como objetivo llegar a determinar una estructura específica del ASIC, se ha realizado un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). Hasta donde conocemos, no se ha realizado en ningún caso y aunque Laurent et al. (1998) se refieren al escaso tamaño de sus muestras en los tres estudios y aún valorando, de haber sido posible unir las muestras de los tres estudios, seguía siendo pequeño y por tanto un handicap a la hora de realizar el AFC. Dado que contamos con una muestra suficiente que sí nos

permite el AFC con garantías y considerando lo que supone de aportación novedosa, como hemos explicado al exponer los resultados, Tabla 2; el modelo de dos factores de primer orden (Preocupación por la actividad fisiológica y Preocupación por una catástrofe mental) y uno de segundo orden (Sensibilidad a la Ansiedad), sería la estructura que mejor describe al ASIC según nuestra muestra y las hipótesis planteadas en el desarrollo de dicho AFC.

Si bien Laurent et al. (1998) no refieren diferencias entre chicos y chicas respecto a los niveles de sensibilidad a la ansiedad, Deacon et al. (2002) sí documentan niveles más altos de sensibilidad a la ansiedad en chicas que en chicos; como se puede ver en la Tabla 2, nuestros datos no marcan diferencias entre chicos y chicas comprobándose la invarianza métrica entre ambos. Igualmente, Laurent et al. (1998) consideran que el constructo sensibilidad a la ansiedad es similar en los niños y los adultos considerándolo un factor de vulnerabilidad. Deacon et al. (2002) consideran también que la sensibilidad a la ansiedad puede ser medida en los adolescentes con el ASIC y que este constructo presenta una estructura similar en adolescentes y adultos. Sin embargo, Chorpita, Albano y Barlow (1996) aplicando el CASI, concluyen que los niños más jóvenes (entre 7-11 años) posiblemente carecían de la ‘sofisticación cognitiva necesaria para hacer interpretaciones catastróficas de sensaciones corporales características de los individuos con elevados niveles de sensibilidad a la ansiedad’. Por el contrario, lo que indican nuestros datos, Tabla 2, al someter a comprobación la invarianza métrica entre niños y adolescentes (como se indicó más arriba diferenciamos dos subgrupos en nuestra muestra que denominamos Niños de 10-14 años y Adolescentes de 15-18 años; 705 niños y 643 adolescentes); bien, nuestros datos nos llevan a comprobar que los ítems del ASIC miden lo mismo, de la misma forma, con el

mismo grado de error, y en las mismas escalas a los niños y a los adolescentes, así como a chicos y chicas.

Si comparamos, punto de origen, la estructura factorial del ASI (Reiss et al., 1986), en su versión adaptada a la población española adulta por Sandín et al. (2005), ésta es presentada bajo una estructura jerárquica, con un factor de orden superior, sensibilidad a la ansiedad, y tres factores de primer orden: somática (7 ítems), cognitiva (5 ítems) y social (4 ítems).

Silverman et al. (1999, 2003) obtienen resultados para el CASI que apoyan el modelo multidimensional jerárquico con dos, tres o cuatro factores de primer orden, si bien los más robustos eran los factores: problemas físicos y preocupaciones de catástrofe mental. Muris et al. (2001) con una muestra de 819 sujetos de entre 13 y 16 años (426 chicos y 396 chicas), aplicaron Análisis Factorial Confirmatorio analizando diez posibles modelos de sensibilidad a la ansiedad, desde un solo factor hasta cuatro factores correlacionados o cuatro factores de carga en uno de orden superior. Los datos no terminan de ser concluyentes en cuanto a mostrar una estructura definitiva, sino que éstos apoyan tanto el modelo siete, diez y nueve de los sometidos a AFC. Chorpita y Daleiden (2000) sugieren estructuras con dos factores de primer orden (factores autónomos y factores no autónomos). Walsh et al. (2004) con una amplia muestra de 1698 sujetos (887 chicos y 821 chicas, con una edad media de 14,3 años) a las que se les aplicó el CASI, mediante Análisis Factorial Exploratorio apoyan la estructura jerárquica para la sensibilidad a la ansiedad como factor de orden superior y tres factores de orden inferior: preocupaciones físicas, preocupaciones psicológicas y preocupaciones social/control. Essau et al. (2010) proponen (N = 1292 adolescentes)

una estructura con un factor de orden superior y tres factores de orden inferior ortogonales. Stassart y Etienne (2014) con una muestra $N = 353$ sujetos de 9 a 13 años, consideran que el CASI es una medida válida y fiable para evaluar sensibilidad a la ansiedad y consideran que su estructura factorial en su versión francófona vendría representada por un factor de orden superior y cuatro factores de orden inferior, (Preocupación física, preocupación por incapacidad mental, preocupación social y preocupación por el control). En España, Sandín et al. (2002) defienden mediante Análisis Factorial Exploratorio y Análisis Factorial Confirmatorio la misma validez estructural para modelos de tres o cuatro dimensiones y en cualquier caso, concluyen que estos modelos no proporcionan un mejor ajuste que el modelo de los dos factores defendidos para el ASIC por Laurent et al. (1998), Deacon et al. (2002), y ahora también por nuestros propios datos como hemos referido más arriba. Una aportación curiosa es la de Adornetto et al. (2008) quienes estudian la estructura factorial del CASI en una muestra germana no clínica ($N = 1244$, de 8 a 16 años) y proponen un CASI de 13 ítems, suficientes para evaluar sensibilidad a la ansiedad en niños y adolescentes.

7.1.1 Sobre Fiabilidad del ASIC

Podemos decir que las garantías en cuanto a la precisión, consistencia y constancia de la prueba son muy buenas como reflejan los datos que se presentan en la tabla 4.

Los datos de nuestra adaptación muestran una consistencia interna hallada mediante el alfa de Cronbach, $\alpha = 0,92$; por encima de las presentadas en el original por

Laurent et al. (1998) cuya consistencia interna en los tres estudios originales con el ASIC de 12 ítems y referidos siempre a la escala global, fue para el estudio 1, $\alpha = 0,89$; estudio 2, $\alpha = 0,90$ y para el estudio 3, $\alpha = 0,85$. Valentiner et al. (2002) en su estudio sobre medidas de ansiedad y su relación con la ideación y conductas suicidas en adolescentes, refiere una consistencia interna para la escala total del ASIC, $\alpha = 0,82$.

Por su parte, Deacon et al. (2002) sí refieren tanto el alfa de Cronbach del ASIC global, $\alpha = 0,84$ como los resultados para las dos subescalas, siendo para el factor 1 (Preocupaciones por la actividad fisiológica) $\alpha = 0,80$ y para el factor 2 (Preocupaciones ante una catástrofe mental) $\alpha = 0,79$. En nuestro caso, los datos (Tabla 4) ofrecen una muy buena consistencia interna para las subescalas, así para el factor 1 $\alpha = 0,90$ y para el factor 2, $\alpha = 0,82$.

No tenemos información de que otros autores hayan aportado datos sobre la estabilidad temporal de las medidas del ASIC, por lo que podemos considerar originales nuestros datos referidos a la aplicación test-retest en el intervalo de un mes (Tabla 4) para el ASIC total $r = 0,60$; ASIC fisio. $r = 0,60$; ASIC men. $r = 0,45$ y que, como se explicó en el apartado de resultados, quedan avalados por la d de Cohen.

Datos sobre la fiabilidad test-retest sí son ofrecidos por Silverman et al. (1999) referidos al CASI donde obtiene para la muestra no clínica ($N = 249$) $r = 0,76$ y para la muestra clínica ($N = 258$) $r = 0,79$ todo ello en un intervalo de dos semanas, la mitad de tiempo que el propuesto en nuestra investigación, lo que juega a favor de que la correlación obtenida por Silverman et al. (1999) sea más alta que la nuestra.

También referido al CASI, hay que señalar que la consistencia interna mediante alfa de Cronbach de la prueba en la versión adaptada a la población española por Sandín et al. (2002) fue $\alpha = 0,89$.

Respecto a la prueba de partida, el ASI (Reiss et al., 1986), la versión adaptada a la población española por Sandín et al. (2005) y que están en la línea de la original así como con los datos ofrecidos también para las subescalas por Mohlman y Zimbarg (2000), muestran un alfa de Cronbach excelente para la escala total ($\alpha = 0,84$) y el ASI somática ($\alpha = 0,83$), buena para el ASI cognitiva ($\alpha = 0,77$) y moderada para el ASI social ($\alpha = 0,50$).

Por último, referido al ASIC, Deacon et al. (2002) son los únicos que ofrecen datos sobre la intercorrelación entre las escalas y que son, por otra parte, exactamente iguales a los obtenidos por nosotros y explicados en el apartado de resultados (Tabla 5). Las dos subescalas correlacionan significativamente presentando un valor $r = 0,47$; $p < 0,01$. La subescala 1 respecto al ASIC total presenta un valor $r = 0,94$ y la subescala 2 respecto al ASIC total presenta un valor $r = 0,74$.

7.1.2 Sobre la relación del ASIC con otras variables (Validez)

Una vez que hemos decidido aplicar análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, lo que nos ha permitido determinar la estructura factorial del ASIC en nuestra población y resultando que nuestros datos nos permiten explicar y comprender las puntuaciones obtenidas por un sujeto en relación al concepto de sensibilidad a la ansiedad, se otorga validez de constructo al ASIC en nuestra versión

adaptada. Igualmente este hecho puede considerarse un buen indicador de la validez de contenido del ASIC, pues tanto el análisis factorial como la relación entre ítems y el concepto subyacente a la medida así lo indican, hecho garantizado también por la excelente consistencia interna que presenta la escala.

Al ser el ASIC una prueba que mide sensibilidad a la ansiedad como venimos viendo, esperamos que al relacionarla con otras que evalúan trastornos o síntomas o respuestas propias de la ansiedad, presente algún tipo de correlación, lo que nos aportará información sobre la validez convergente de la escala. En este sentido, Laurent et al. (1998) refieren una moderada correlación entre ASIC y RCMAS (Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta en los Niños, Reynolds y Richmond, 1978, 1985). Por su parte, Deacon et al. (2002) encontraron correlaciones importantes entre ASIC y las subescalas de la Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS, Spence, 1997) que evalúan Trastorno de Ansiedad Generalizada ($r = 0,58$) y la escala pánico/agorafobia ($r = 0,54$); también hallaron correlación con la escala síntomas físicos ($r = 0,52$) de la Escala Multidimensional de la Infancia (MASC, March et al., 1997). Por otro lado, las correlaciones fueron moderadas con las subescalas fobia social y trastorno obsesivo compulsivo de la SCAS y presentaron baja correlación con la subescala de miedos específicos. En la misma línea, Valentiner et al. (2002) establecen también las correlaciones entre el ASIC y las subescalas de las mismas pruebas SCAS y MASC sus resultados son similares a los referidos por Deacon et al. (2002) correlacionando de forma importante con las subescalas ansiedad generalizada y pánico/agorafobia de forma moderada con las demás y baja, igualmente con la subescala de miedos específicos de la SCAS. También refieren correlaciones importantes con la escala de

respuestas autonómicas y la de tensión/inquietud y bajas correlaciones con las subescalas perfeccionismo y afrontamiento de la ansiedad de la MASC.

Por su lado, Muris et al. (2001) obtienen correlaciones elevadas entre el CASI y la puntuación total de la SCAS ($r = 0,79$) y en general, con todas las subescalas obtiene correlaciones entre moderada (Miedo al daño físico, $r = 0,44$) y elevada (Trastorno de ansiedad generalizada, $r = 0,70$).

En nuestro caso hemos relacionado ASIC no sólo con la SCAS donde obtenemos correlaciones semejantes a las presentadas tanto por Valentiner et al. (2002) como por Deacon et al. (2002) siendo importante la correlación de ASIC total con las subescalas Pánico/Agorafobia ($r = 0,54$) y con la de Trastorno de Ansiedad Generalizada ($r = 0,58$) y moderada con el resto de subescalas de la SCAS, salvo con la de Miedo al daño físico, que es baja. Datos que nosotros aportamos sobre las correlaciones establecidas por los citados autores, se refieren a la correlación ASIC total con la SCAS total, siendo ésta importante ($r = 0,53$). Igualmente aportamos las correlaciones entre las dos subescalas del ASIC con cada una de las subescalas de la SCAS, marcando especialmente la importante correlación entre ASIC Preocupaciones Mentales y la subescalas de la SCAS Pánico/Agorafobia ($r = 0,56$) y la correlación entre ASIC Preocupaciones Físicas y la subescala de la SCAS, Trastorno de Ansiedad Generalizada ($r = 0,53$). El resto de las correlaciones entre subescalas son moderadas, salvo la que se establece con la de Miedo al Daño Físico, que es baja (véase Tabla 6).

En la Tabla 7 aparecen las correlaciones entre ASIC, tanto global como las dos subescalas, con una serie de autoinformes que consideramos miden aspectos relacionados con la ansiedad y que, hasta donde tenemos conocimiento, no se ha

establecido por ningún autor hasta ahora. Los resultados que se describieron en el apartado de resultados muestran correlaciones, en general, moderadas entre las distintas escalas y subescalas, salvo la correlación más baja que se da entre ASIC y NJRE-QR severidad de la NJR-Ex más problemática.

Así pues, en la línea de lo esperado, una prueba como ASIC que evalúa sensibilidad a la ansiedad, parece lógico que correlacione con estas otras pruebas que miden síntomas o trastornos relacionados con la ansiedad, lo que abunda en la línea de lo hasta aquí estudiado y que tiene que ver con su relación con los ataques de pánico con o sin agorafobia, ansiedad generalizada, y como hemos visto también con pruebas que evalúan preocupaciones sobre asuntos cotidianos, creencias obsesivas, fusión pensamiento-acción, perfeccionismo y con experiencias ‘not just righ’.

7.2 Sobre la relación entre Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad Rasgo

Entre las formulaciones presentadas, hemos planteado como una de nuestras hipótesis, a diferencia de lo expresado por Lilienfeld et al. (1996) y sí en la línea de lo planteado por Reiss et al. (1986, 1997), planteamos que la Ansiedad Rasgo y la Sensibilidad a la Ansiedad, son conceptos diferentes, están relacionados pero no son idénticos. Asumiendo que el STAIC-R evalúa Ansiedad Rasgo y que el ASIC evalúa Sensibilidad a la Ansiedad, ambos en la población infanto-juvenil, hemos realizado dos tareas encaminadas a comprobar que lo que planteamos como hipótesis es refrendado por los datos. Consideramos que ambas tareas que pasamos a exponer, son originales en

tanto no tenemos conocimiento de que se haya realizado previamente por otros autores en esta población infanto-juvenil. La primera acción es la de calcular las correlaciones entre la Ansiedad Rasgo (STAIC-R) y la Sensibilidad a la Ansiedad (ASIC) y como esperábamos las correlaciones entre ambas son positivas moderadas e importantes y estadísticamente significativas puesto que son constructos relacionados, pero como podemos observar (Tabla 8) no se aproximan a uno dado que no son constructos idénticos.

McWilliams y Cox (2001) con una muestra de adultos, aplicando técnicas de análisis factorial encontraron que el STAI-R (Spielberger et al., 1983) comprende tanto un factor de ansiedad como un factor de depresión y demostraron que la varianza común entre el STAI-R y el ASI no se vio comprometida por este hecho. Estos autores refieren que las medidas de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo comparten en torno al 21% de la varianza común, correlaciones moderadas que son entendidas, en la línea de nuestra hipótesis, como que sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo están relacionadas pero son constructos distintos.

Teniendo esto en cuenta y dado que las pruebas utilizadas por nosotros para medir ansiedad rasgo, el STAIC-R y para evaluar sensibilidad a la ansiedad, el ASIC; surgen como sendas versiones adaptadas para la población infanto-juvenil de las originales para adultos, parece lógico que en nuestro trabajo, la correlación que podemos observar (Tabla 8) entre el STAIC-R y el Inventario de Depresión para Niños-Abreviado (CDI-S, V. del Barrio et al., 2002) sea alta ($r = 0,67$) y con el ASIC presente una baja/moderada correlación ($r = 0,33$ total) lo que es razonable dado que, como

señalamos anteriormente, en el ámbito clínico vemos frecuentemente que los sujetos que presentan algún trastorno de ansiedad manifiestan algunos síntomas depresivos.

La segunda tarea que hemos llevado a cabo con el objetivo de comprobar nuestra hipótesis ha consistido en someter a Análisis Factorial Confirmatorio ambas pruebas y comprobar empíricamente si los ítems de una y otra se agrupan en dos factores o en un solo factor como cabría esperar si se tratara de medidas del mismo constructo. Lo que claramente observamos (Tabla 9) es que el modelo de dos factores describe mejor la relación entre ambos constructos y por tanto, los diferencia.

Para comprobar nuestra segunda hipótesis, que la ansiedad rasgo y la sensibilidad a la ansiedad se complementan a la hora de explicar los síntomas de ansiedad y por tanto, explican porciones distintas de la varianza hemos recurrido a los modelos de ecuaciones estructurales (Shipley, 2000), los cuales descomponen la variación encontrada en componentes causales de acuerdo a una hipótesis particular. Se realizará un análisis de vías en el que la Sensibilidad a la Ansiedad (ASIC) y la Ansiedad Rasgo (STAIC-R) harán de predictores y los Síntomas de Ansiedad (SCAS Total) de criterio a predecir. En la Figura 1 se muestra como la Ansiedad Rasgo explica el 64% de los síntomas ansiosos mientras que prácticamente una cuarta parte de la varianza (24%) es explicada por la sensibilidad a la Ansiedad. Ante estos datos, podemos concluir que ambos constructos son complementarios.

Hemos referido los datos de McWilliams & Cox (2001) en cuanto a las relaciones entre ASI, STAI-R y Depresión en la población adulta. Por lo que afecta a nuestra población infanto-juvenil, Laurent et al. (1998) refieren en el estudio 2 una correlación entre ASIC y el Inventario de Depresión Infantil, CDI (Kovacs, 1980-1981,

1992), $r = 0,29$ y en el estudio 3, $r = 0,32$. Deacon et al. (2002) presenta igualmente datos de correlación entre ASIC Total y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (RADS) $r = 0,37$ y para ASIC Fis. con RADS, $r = 0,28$ y para ASIC Men. con RADS, $r = 0,43$. Por su lado, Valentiner et al. (2002) muestran correlaciones entre ASIC Total y RADS, $r = 0,40$. ASIC y PANAS, (Afectos positivos, $r = -0,21$ y Afectos negativos $r = 0,35$), igualmente ASIC y el Cuestionario de Ideación Suicida (SIQ) muestra una $r = 0,33$ y $r = 0,26$ para el ASIC con la Escala de Comportamiento Autolesivo (SHB), encontrando alguna evidencia para el incremento de la validez en la predicción de ideación suicida para el ASIC. Muris et al. (2001) utilizan el método de comparación de correlaciones; utilizaron el CASI como medida de sensibilidad a la ansiedad, el STAIC-R como medida de ansiedad rasgo y el CDI como medida de depresión en una muestra de adolescentes de 13 a 16 años ($N = 819$). Sus datos muestran una $r = 0,49$ (CASI – CDI) y $r = 0,63$ (CASI – STAIC-R) no refiere datos de correlación entre CASI y STAIC-R. Estos autores apoyan la noción de que la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad rasgo deben ser vistos como factores de vulnerabilidad que tienen distinto poder predictivo independiente en el desarrollo de los síntomas del trastorno de ansiedad; además, sus datos proporcionan apoyo adicional a la relevancia de la sensibilidad a la ansiedad en el estudio de la ansiedad infantil considerando que ésta representa una proporción significativa de la varianza de los síntomas del trastorno de ansiedad y sugieren a través de sus resultados que la sensibilidad a la ansiedad debe ser vista como un factor único de vulnerabilidad a la ansiedad.

A la vista de los datos, la ansiedad rasgo muestra mayor correlación con depresión que la sensibilidad a la ansiedad. Para descartar la influencia del estado de

124

ánimo depresivo en la varianza explicada por la sensibilidad a la ansiedad y por la ansiedad rasgo, se realiza un segundo análisis de vías en el que los síntomas de depresión (CDI-S) se utilizan junto a la sensibilidad a la ansiedad (ASIC) y la ansiedad rasgo (STAIC-R) como predictores de los síntomas de ansiedad (SCAS Total). A la vista de los resultados (Figura 2) podemos concluir que los síntomas de ansiedad dependen en gran medida de la Ansiedad Rasgo (67% de la varianza) y en una parte importante (24% de la varianza) de la Sensibilidad a la Ansiedad pero que no se puede atribuir a la actitud negativa (depresión) de los sujetos ningún porcentaje de la varianza, por lo que, dada la alta correlación entre ansiedad rasgo y depresión, la porción de varianza explicada por la ansiedad rasgo favorece que la medida de depresión no aporte nada respecto a nuestro criterio a predecir, los síntomas de ansiedad.

CAPÍTULO 8

CONCLUSIÓN

Que los trastornos de ansiedad sean de los problemas de salud mental que más frecuentemente se manifiestan en los niños y adolescentes como asegura Peter Muris en una reciente entrevista concedida al grupo AITANA con motivo de su participación en el I Congreso Internacional de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes a celebrar en Madrid en noviembre de 2015 (Infocop, nº 70, 2015), nos ofrece un buen escenario en el que encuadrar el presente trabajo. Por otro lado, el reciente informe del Centro de Salud Mental del Reino Unido (*Centre for Mental Health*) en el que se refieren la relación costes/beneficios para la salud mental infanto-juvenil donde se destaca lo que llaman '*economía falsa*' según la cual, la falta de inversión en programas eficaces para la atención de la salud mental en esta etapa no supone ningún ahorro sino que al contrario, provoca un aumento del gasto público puesto que estos problemas requerirán de atención posterior cuando sean adultos; también se convierte en un argumento para reforzar la utilidad del presente trabajo puesto que podríamos inscribirlo entre las tareas de prevención primaria al facilitar una herramienta más para la evaluación mediante la adaptación a nuestra población de una escala (ASIC) para evaluar sensibilidad a la ansiedad que, como referimos en esta tesis, presenta las suficientes garantías psicométricas que la convierten en una prueba fiable y válida; así como útil para medir lo mismo y de la misma forma y con el mismo error en chicos y chicas, así como en niños y adolescentes.

Creemos que, siendo la adaptación a la población española de esta escala (ASIC) conveniente, para nosotros ha resultado ser la parte instrumental necesaria para lo que consideramos más importante y que tiene que ver con lo que postulamos en nuestras hipótesis. Por un lado, el hecho de que la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad rasgo aunque están relacionados, no son constructos idénticos, lo que consideramos

128

comprobado atendiendo a nuestros resultados que presentan correlaciones moderadas por encima de cero entre la sensibilidad a la ansiedad medida con el ASIC y la ansiedad rasgo, medida con el STAIC-R; pero lejos de la unidad, por lo que no son idénticos. Además comprobamos igualmente cómo sometiendo a análisis factorial confirmatorio los elementos del ASIC y del STAIC-R, se ajustan más a un modelo de dos factores que a un modelo de un único factor como cabría esperar si fueran idénticos. Por otro lado, y atendiendo a nuestra segunda hipótesis en la que postulamos que la ansiedad rasgo y la sensibilidad a la ansiedad se complementan entre sí a la hora de explicar los síntomas de los trastornos de ansiedad, comprobamos mediante un análisis de vías, cómo en esta relación entre sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo con los síntomas de ansiedad, la sensibilidad a la ansiedad explica una cuarta parte de la varianza y una más alta proporción (64%) queda explicada por la ansiedad rasgo. La ansiedad rasgo a su vez y como mostramos en nuestros datos correlaciona de forma significativamente elevada con depresión. Sometemos a un segundo análisis de vías para determinar cómo se relacionan con los síntomas de los trastornos de ansiedad en este caso la sensibilidad a la ansiedad, la ansiedad rasgo y la depresión, comprobando que igualmente la sensibilidad a la ansiedad explica el 24% de la varianza, el 67% es atribuible a la ansiedad rasgo y la actitud negativa, depresión, no explica ninguna porción de la varianza.

Entendemos pues, que queda avalado por nuestros datos, que la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad rasgo son constructos relacionados pero no idénticos y que ambos son complementarios a la hora de explicar los síntomas de la ansiedad dado que

cada uno explica porciones distintas de la varianza lo que a efectos de intervención clínica habremos de considerar.

De acuerdo con Peter Muris (2015), siendo la terapia cognitivo conductual el tratamiento de primera elección a la hora de abordar los trastornos de ansiedad en la población infanto-juvenil, por otra parte el de mayor prevalencia; tendremos que aplicar estas técnicas de forma específica tanto a la vulnerabilidad que representa para el sujeto la sensibilidad a la ansiedad como a la percepción amenazante del entorno por parte del sujeto con elevada ansiedad rasgo.

Consideramos de interés poder investigar esta especificidad a la hora de explicar un porcentaje de la varianza respecto a los trastornos de ansiedad, así como la complementariedad entre ambos constructos, sensibilidad a la ansiedad y ansiedad rasgo, en una muestra clínica ya que nuestros resultados explican nuestros postulados en una población normal y tal vez también recurriendo a otras fuentes de información complementarias como puedan ser las entrevistas con los padres y con los profesores y mediante el uso de cuestionarios dirigidos a ellos.

En cualquier caso, el hecho de utilizar sólo autoinformes adaptados a la población infanto-juvenil ofrece una serie de ventajas poco discutibles y que superan los inconvenientes (dificultad para detectar condiciones que limiten al sujeto, es muy difícil obtener observaciones complementarias, sesgos en las respuestas o dificultades en la comprensión de los ítems); que por otra parte, hemos intentado paliar mediante el control descrito en el apartado de procedimiento. Entre las ventajas destacamos la facilidad de aplicación que suponen lo autoinformes ya que en nuestro caso, la mayoría eran escalas cortas, la posibilidad de aplicar en grupos, no es necesario un equipo

especializado para su administración y lo que resulta ser más importante, el hecho de que los niños y adolescentes informan mejor sobre datos interiorizados proporcionando datos sobre la frecuencia, gravedad, etc., de dimensiones de la ansiedad que resultan más fiables que los derivados de la interpretación por parte de los padres o los profesores (Victoria del Barrio, 2010; Echeburúa, 2009; Godoy, 2011).

REFERENCIAS

- Adornetto, C., Hensdiek, M., Meyer, A., In-Albon, T., Federer, M., y Schneider, S. (2008). The factor structure of the Childhood Anxiety Sensitivity Index in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 404-416.
- Agudelo, D., Buela-Casal, G. y Spielberger, Ch. D. (2007). Ansiedad y Depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Aláez Fernández, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona. Elsevier Masson.
- Aznar García, A. I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad de adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53-60.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guildford.
- Batista-Foguet, J., M., Coenders, G., y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122(Supl 1), 21-27.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., y Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 109-113.

- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Stewart, S. H., Comeau, M. N., y Leen-Feldner, E. W. (2006). Anxiety sensitivity taxonicity across gender among youth. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 679-698.
- Blais, M. A., Otto, M. W., Zucker, B. G., McNally, R. M., Schmidt, N. B., Fava, M., et al. (2001). The anxiety sensitivity index: item analysis and suggestions for refinement. *Journal of Personality Assessment*, 77, 272-294.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez, M. L., y Bersabé, R. M. (1996). Trastornos de ansiedad en escolares de 6 a 17 años. *Ansiedad y Estrés*, 2(2-3), 97-111.
- Bragado, C., Bersabé, R., y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., and Neer, S. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Cano Vindel, A. (2011). La Ansiedad como rasgo de personalidad. Rasgo y estado. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (S.E.A.S.). <http://www.ansiedadyestres.org/content/la-ansiedad-como-rasgo-de-personalidad-rasgo-y-estado>
- Carleton, R. N., Abrams, M. P., Asmundson, G. J.G., Antony, M. M., y McCabe, R. E. (2009). Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 791-798.

- Carrasco, A., Belloch, A., y Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36, 153, 49-65..
- Carrillo, F., Godoy, A., Gavino, A., Nogueira, R., Quintero, C., y Casado, Y. (2012). “Escala de Ansiedad Infantil de Spence” (Spence Children’s Anxiety Scale, SCAS): Fiabilidad y Validez de la Versión Española. *Psicología Conductual*, 20(3), 529-545.
- Castillo, Mª D. y González Leandro, P. (2010). Interpretation bias in anxiety a synthesis of studies with children and adolescents. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1105-1111.
- Cattell, R. B., y Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York. Ronald Press.
- Cheung, G. W., y Rensvold, R. B. (2002). Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 9, 233-255.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., y Barlow, D. H. (1996). Child anxiety sensitivity index: Considerations for children with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 77-82.
- Chorpita, B. F. y Dalleiden, E. L. (2000). Properties of the Childhood Anxiety Sensitivity Index in Children With Anxiety Disorders: Autonomic and Nonautonomic Factors. *Behavior Therapy*, 31, 327-349.
- Cintrón, J. A., Carter, M. M., Suchday, S., Sbrocco, T., y Gray, J. (2005). Factor structure and construct validity of the Anxiety Sensitivity Index among island Puerto Ricans. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 51-68.

- Cisler, J. M., Reardon, J. M., Williams, N. L., y Lohr, J. M. (2007). Anxiety sensitivity and disgust sensitivity interact to predict contamination fears. *Personality and Individual Differences*, 42, 935-946.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Cox, B. J., Endler, N. S., Norton, G. R., y Swinson, R. P. (1991). Anxiety sensitivity and nonclinical panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 367-369.
- Cox, B. J., Borger, S. C., y Enns, M. W. (1999). Anxiety sensitivity and emotional disorders: psychometric studies and their theoretical implications. En S. Taylor (Ed.), *Anxiety sensitivity: theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cox, B. J., Enns, M. W., Walker, J. R., Kjernisted, K., y Pidlubny, S. R. (2001). Psychological vulnerabilities in patients with major depression vs panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 567-73.
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Amsterdam. Elsevier.
- Crocetti, E., Hale III, W., Fermani, A., Raaijmakers, Q., y Meeus, W. (2009). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in the general Italian adolescent population: A validation and a comparison between Italy and The Netherlands. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 824-829.
- Deacon, B. J., Abramowitz, J. S., Woods, C. M., y Tolin, D. F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index – Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1427-1449.

- Deacon, B., y Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 837-857.
- Deacon, B. J., Valentiner, D. P., Gutiérrez, P. M., y Blacker, D. (2002). The anxiety sensitivity index for children: factor structure and relation to panic symptoms in an adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 839-852.
- Del Barrio, M. V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: Requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. *Infocop*, 49, 13-19.
- Del Barrio, M. V., y Carrasco, M. A. (2004). *CDI. Inventario de Depresión Infantil*. Madrid. TEA Ediciones.
- Del Barrio, M. V., Moreno Rosset, C., y López Martínez, R. (1999). Children's Depression Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 10, 393-416.
- Del Barrio, M. V., Roa, L., Olmedo, M., y Colodrón, F. (2002). Inventario de Depresión para Niños-Abreviado (CDI-S). En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudios de caso*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid. Pirámide.
- Eley, T. C., Stirling, L., Ehlers, A., Gregory, A. M. y Clark, D. M. (2004). Heart-beat perception, panic/somatic symptoms and anxiety sensitivity in children. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 439-448.
- Essau, C. A., Sasagawa, S., y Ollendick, T. H. (2010). The facets of anxiety sensitivity in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 23-29.
- Essau, C. A., Sasagawa, S., Anastassiou-Hadjicharalabous, X., Olaya, B., y Ollendick, T. H. (2011). Psychometric properties of the Spence Child Anxiety Scale with

- adolescents from five European countries. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 19-27.
- Fernández-Ballesteros, R. (2007). *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid. Pirámide.
- Fernández-Llebrés, R., Godoy, A., y Gavino, A. (2010). Adaptación española del Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (TAFQ-A). *Psicothema*, 22(3), 489-494.
- Floyd, M., Garfield, A., y LaSota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, 38, 1223-1229.
- Fullana Rivas, M. A., y Tortella-Feliu, M. (2000). Relaciones entre la sensibilidad a la ansiedad y el miedo a volar en avión. *Psicología Conductual*, 8(1), 5-25.
- Ginsburg, G. S., & Drake, K. L. (2002). Anxiety sensitivity and panic attack symptomatology among low-income African-American adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(1), 83-96.
- Godoy, A., Gavino, A., Carrillo, F., Cobos, M. P. y Quintero, C. (2011). Composición factorial de la versión española de la Spence Children Anxiety Scale (SCAS). *Psicothema*, 23(2), 289-294.
- González, C. E., Greiff, E. A. y Avendaño, B. L. (2011). Comorbilidad entre ansiedad y depresión: evaluación empírica del modelo indefensión desesperanza. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 5(1), 59-72.
- González, M., Herrero, M., Viña, C. e Ibáñez, I. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304.

- González Martínez, M. T. (2011). *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluación e intervención*. Madrid. Pirámide.
- Gregory, A. M., y Eley, T. C. (2007). Genetic Influences on Anxiety in Children: What we've Learned and Where we're Heading. *Clinical child and Family Psychology*, 10(3), 199-212.
- Gursky, D. M., y Reiss, S. (1987). Identifying danger and anxiety expectancies as components of common fears. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 18(4), 317-324.
- Han, H-R (2009). Measuring Anxiety in Children: A Methododological Review of the Literature. *Asian Nursing Research*, 3(2), 49-62.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H., González, M. J., Martínez-Guerrero, J. I., Aguilar, J., y Gallegos, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Hofflich, S. A., Hughes, A. A., y Kendall, P. C. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 229-242.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X., Hidalgo, M. D., Rosa, A. I., y Orgilés, M. (2003). Cuestionarios, inventarios y escalas de ansiedad social para adolescentes: una revisión crítica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 1-21.
- Jiménez Hernández, M. (1997). *Psicopatología infantil*. Málaga. Aljibe.
- Joiner Jr., T. E., Catanzaro, S. J., Laurent, J., Sandín, B. y Blalock, J. A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: evidencia

- basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1(1), 27-34.
- Joiner Jr., T. E., Schmidt, N. B., Schmidt, K. L., Laurent, J., Catanzaro, S. J., Pérez, M., y Pettit, J. W. (2002). Anxiety Sensitivity as a Specific and Unique Marker of Anxious Symptoms in Youth Psychiatric Inpatients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(2), 167-175.
- Jurado Cárdenas, S. et al. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188.
- Kämpfe, C. K., Gloster, A. T., Wittchen, H-U., Helbig-Lang, S., Lang, T., Gerlach, A. L., Richter, J., Alpers, G. W., Fehm, L., Kircher, T., Hamm, A. O., Ströle, A., y Dechert, J. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure the same? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 5-22.
- Kashani, J. H. y Orvaschel, H. (1990). A Community Study of Anxiety in Children and Adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 147(3), 313-318.
- Keeley, M. L., y Storch, E. A. (2009). Anxiety Disorders in Youth. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 26-40.
- Keough, M. E., Timpano, K. R., Riccardi, C. J., y Schmidt, N. B. (2010). Suppressing the White bears interacts with anxiety sensitivity in the prediction of mood and anxiety symptoms. *Personality and Individual Differences*, 49, 408-413.
- Kiliç, E. Z., Kiliç, C., y Yilmaz, S. (2008). Is anxiety sensitivity a predictor of PTSD in children and adolescents? *Journal of Psychosomatic*, 65, 81-86.

- Laurent, J., Schmidt, N. B., Catanzaro, S. J., Joiner Jr., T. E., y Kelley, A. M. (1998). Factor Structure of a Measure of Anxiety Sensitivity in Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(4), 307-331.
- Layne, A. E., Bernat, D. H., Victor, A. M., y Bernstein, G. A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 283-289.
- León Zaquinaula, M. E. (2013). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Minds*, 1(1), 27-44.
- Lilienfeld, S. O. (1996). Anxiety sensitivity is not distinct from trait anxiety. En R. M. Rapee. *Current controversies in the anxiety disorders*. New York. Guilford Press.
- Lilienfeld, S. O. (1999). Anxiety Sensitivity an the Structures of Personality. En Steven Taylor (Ed.). *Anxiety sensitivity. Theory, research and Treatment of the fear of anxiety*. London. Lawrence Erlbaum associates, publishers.
- López Soler, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M., y López Pina, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- Maller, R. G., y Reiss, S. (1987). A Behavioral Validation of the Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 265-272.
- Maller, R. G., y Reiss, S. (1992). Anxiety Sensitivity in 1984 and Panic Attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247.
- Marin, C. E., Rey, Y., Nichols-López, K. y Silverman, W. K. (2008). The Relations between Anxiety Sensitivity and Anxiety Control in the Prediction of Anxiety

- Symptoms among Children and Adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 391-402.
- Martínez, M. C., García, J. M., e Inglés, C. J. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47-64.
- McDonald, S. D., Hartman, N. S., y Vrana, S. R. (2008). Trait anxiety, disgust sensitivity, and the hierarchic structure of fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1059-1074.
- McNally, R. J., y Reiss, S. (1982). The Preparedness Theory of Phobias and Human Safety-Signal Conditioning. *Journal of Behavior therapy and experimental psychiatry*, 18(4), 317-324.
- McWilliams, L. A. y Cox, B. J. (2001). How distinct is anxiety sensitivity from trait anxiety? A re-examination from a mutidimensional perspective. *Personality and Individual Differences*, 31, 813-818.
- Miguel Tobal, J. J. (1990). La Ansiedad. En Palafox, S., y Vila, J. (coor), *Motivación y Emoción*. Madrid. Alhambra.
- Miyazaki, M., Yoshino, A., y Nomura, S. (2011). Relationships between anxiety severity, diagnosis of multiple anxiety disorders, and comorbid major depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 4, 293-296.
- Mohlman, J., y Zinbarg, R. E. (2000). The structure and correlates of anxiety sensitivity in older adults. *Psychological Assessment*, 12, 440-449.
- Molina, A. (2001). Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Revista Psiquiatría y Psicología Niños y Adolescentes*, 2(1), 23-40.

- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., Brakel, A. V., Thissen, S., Moulaert, V., y Gadet, B. (1998). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) and traditional childhood anxiety measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 327-339.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., y Mayer, B. (1999). The revised versión of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Muris, P. (2002). An expanded childhood anxiety sensitivity index: its factor structure, reliability, and validity in a non-clinical adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 299-311.
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N., y Bogie, N. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: their reliability and validity in a normal adolescent simple. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 753-772.
- Muris, P., Hovee, I., Meesters, C., y Mayer, B. (2004). Children's perception and interpretation of anxiety-related physical symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 233-244.
- Muris, P., Schmidt, H., Merckelbach, H., y Schouten, E. (2001). Anxiety sensitivity in adolescents: factor structure and relationships to trait anxiety and symptoms of anxiety disorders and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 89-100.
- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Silva, P. A., Caspi, A., Magdol, L., y Stanton, W. R. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: Prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-562.

- Noel, V. A. & Francis, S. E. (2011). A meta-analytic review of the role of child anxiety sensitivity in child anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 721-733.
- Nogueira, R., Godoy, A., Romero, P., Gavino, A., y Cobos, M. P. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española del obsessive Belief Questionnaire-Children version (OBQ-CV) en una muestra no clínica. *Psicothema*, 24(4), 674-679.
- Olatunji, B. O., Sawchuk, C. N., Deacon, B. J., Tolin, D. F., Lilienfeld, S. O., Williams, N. L., Meunier, S. A., Lohr, J. M., y Connolly, K. M. (2005). The Anxiety Sensitivity Profile revisited: factor structure and psychometric properties in two nonclinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 603-625.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., Deacon, B. J., Connolly, K., y Lohr, J. M. (2007). The Disgust Propensity and Sensitivity Scale-Revised: Psychometric properties and specificity in relation to anxiety disorder symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 918-930.
- Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K. B., Sawchuk, C. N., y Giesielski, B. G. (2011). Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 1-24.
- Orgilés, M. (2010). Trastornos psicológicos en niños y adolescentes: los tratamientos que funcionan. www.infocop.es/view_article.asp?id=3128&cat=13
- Orgilés, M., Méndez, X., Spence, S. H., Huedo-Medina, T. B., y Espada, J. P. (2012). Spanish Validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry Human Development*, 43, 271-281.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., y Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en

- función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120.
- Osma, J., García-Palacios, A., Botella, C., y Barrada, J.R. (2014). Persoanlidad y sensibilidad a la ansiedad como factores de vulnerabilidad en el trastorno de pánico. *Psicología Conductual*, 22(2), 185-201.
- Palafox, S. y Vila, J. (1990). *Motivación y emoción*. Madrid. Alhambra.
- Pelaz Antolín, A., Bayón Pérez, C., Fernández Liria, A., y Rodríguez Ramos, P. (2008). Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10(40), 617-625.
- Pérez, E., R., y Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 2(1), 58-66.
- Perez-Gil, J., A., Chacón Moscoso, S., y Moreno Rodríguez, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*, 12(2), 442-446.
- Peterson, R. A. y Heilbronner, R. L. (1987). The Anxiety Sensitivity Index: Construct Validity and Factor Analytic Structure. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 117-121.
- Plehn, K., y Peterson, R. A. (2002). Anxiety sensitivity as a predictor of the development of panic symptoms, panic attacks, and panic disorder: a prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 455-474.
- Pollock, R. A., Carter, A. S., Amir, N., y Marks, L. E. (2006). Anxiety sensitivity and auditory perception of heartbeat. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1739-1756.

- Rapee, R. M. (2003). The influence of comorbidity on treatment outcome for children and adolescents with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 105-112.
- Rausch, L., Rovella, A., Morales de Barbenza, C., y González Rodríguez, M. (2011). Procesos cognitivos del trastorno de ansiedad generalizada en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(2), 215-226.
- Reiss, S. (1980). Pavlovian Conditioning and Human Fear: An Expectancy Model. *Behavior Therapy*, 11,380-396.
- Reiss, S. (1987). Theoretical Perspectives on the Fear of Anxiety. *Clinical Psychology Review*, 7, 585-596.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S. (1997). Trait Anxiety: It's Not What You Think It Is. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 201-214.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., y McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, 24(1), 1-8.
- Reiss, S., Peterson, R. A., y Gursky, D. M. (1988). Anxiety sensitivity, injury sensitivity, and individual differences in fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 26(4), 341-345.
- Reiss, S., y Haverkamp, S. (1996). The sensitivity theory of motivation: implications for psychopathology. *Behaviour research and therapy*, 34(8) 621-632.
- Reiss, S., Wiltz, J., y Sherman, M. (2001). Trait motivational correlates of athleticism. *Personality and Individual Differences*, 30, 1139-1145.

- Rockhill, C., Kodish, I., DiBattisto, C., Macías, M., Varley, C., y Ryan, S. (2010). Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 40(4), 66-99.
- Romero Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané, M. C., Viñas, F., y Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Ruiz, A. M., y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. www.aepap.org
- Sánchez, L. (2009). La sensibilidad a la ansiedad disminuye tras realizar un programa de enfermería en relajación. *Revista de Enfermería Castilla y León*, 1(1), 66-76.
- Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid. Dykinson.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (1996). Validation of the spanish version of the anxiety sensitivity index in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 34(3), 283-290.
- Sandín, B., Chorot, P. y McNally, R. J. (2001). Anxiety Sensitivity Index: normative data and its differentiation from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 213-219.
- Sandín, B. (2005). Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 103-114.

- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Santed, M.A. (1998). Frecuencia e intensidad de los miedos en los niños: datos normativos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3(1), 15-25.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Santed, M. A. (2002) Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el nivel de miedos en niños. *Psicología Conductual*, 1, 107-120.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14(2), 333-339.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A., y Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9(1), 19-33.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., y Lostao, L. (2009). Validación española del Cuestionario de Preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122.
- Sandín, B., Rodero, B., Santed, M. A., y García-Campayo, J. (2006). Sucesos vitales estresantes y trastorno de pánico: relación con el inicio del trastorno, la gravedad clínica y la agorafobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 179-190.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., y Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del índice de sensibilidad a la ansiedad. *Psicothema*, 17(3), 478-483.

- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P. y Santed, M. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 91-104.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2007). Sensibilidad a la ansiedad versus rasgo de ansiedad en la predicción del nivel de miedos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 139-158.
- Sandín, B., Valiente, R. M., y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.
- Schmidt, N. B., y Joiner, T. E. (2002). Structure of the Anxiety Sensitivity Index psychometrics and factor structure in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 33-49.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., y Jackson, R. L. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 355-364.
- Schmidt, N. B., y Mallott, M. (2006). Evaluating anxiety sensitivity and other fundamental sensitivities predicting anxiety symptoms and fearful responding to a biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1681-1688.
- Schmidt, N. B., Keough, M. E., Mitchell, M. A., Reynolds, E. K., McPherson, L., Zvolensky, M. J., y Lejuez, C. W. (2010). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of anxiety among early adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 503-508.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa Oliván, M. E., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G.D., y Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck:

- una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2).
- Schniering, C. A., Hudson, J. L., y Rapee, R. M. (2000). Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 20(4), 453-478.
- Sehlmeyer, C., Konrad, C., Zwitserlood, P., Arolt, V., Falkenstein, M., y Beste, C. (2010). ERP índices for response inhibition are related to anxiety-related personality traits. *Neuropsychologia*, 48, 2488-2495.
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC. Cuestionario de autoevaluación*. Madrid. TEA.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., y Peterson, R. A. (1991). Childhood anxiety sensitiviti index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 162-168.
- Silverman, W. K., Ginsburg, G. S., y Goedhart, A. W. (1999). Factor structure of the childhood anxiety sensitivity index. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 903-917.
- Silverman, W. K., y Ollendick, T. H. (2005). Evidence-Based Assessment of Anxiety and Its Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 380-411.
- Simon, E., y Bögels, S. M. (2009). Sreening for anxiety disorders in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 625-634.
- Spence, S. H. (1997). Structure of Anxiety Symptoms Among Children: A Confirmatory Factor-Analytic Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 280-297.
- Spence, S, H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 545-566.

- Spence, S. H., Barrett, P. M., y Turner, C. M. (2003). Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with Young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 605-625.
- Stassart, C., y Etienne, A. M. (2014). A French Translation of the Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI): Factor Structure, Reliability and Validity of This Scale in a Nonclinical Sample of Children. *Psychologica Belgica*, 54(2), 222-241.
- Steinman, S. A., y Teachman, B. A. (2010). Modifying interpretations among individuals high in anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 71-78.
- Stewart, S. H., Taylor, S., y Baker, J. M. (1997). Gender differences in dimensions of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 179-200.
- Struzik, L., Vermani, M., Duffin, J., y Katzman, A. (2004). Anxiety sensitivity as a predictor of panic attacks. *Psychiatry Research*, 129, 273-278.
- Sylvers, P., Lilienfeld, S. O., y LaPrairie, J. L. (2011). Differences between trait fear and trait anxiety: Implications for psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 31, 122-137.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity. Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. London. Lawrence Erlbaum Associates.
- Taylor, S. y Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(5), 463-483.
- Taylor, S., Koch, W. J., y Crockett, D. J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety, and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 293-311.

- Telch, M. J., Shermis, M. D., y Lucas, J. A. (1989). Anxiety sensitivity: unitary personality trait or domain-specific appraisals? *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 25-32.
- Teubert, D., y Pinquart, M. (2011). A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 1046-1059.
- Tortella Feliu, M., Servera, M., Balle, M., y Fullana, M. A. (2004). Variabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela. *International Journal of Clinicall and Heallth Psyuchology*, 4(2), 371-387.
- Tovar, J. (2007). Psicometría: tests psicométricos, confiabilidad y validez. *Psicología: Tópicos de Actualidad*, 85-108.
- Tsao, J. C. I., Lu, Q., Myers, C. D., Kim, S. C., Turk, N., y Zeltzer, L. K. (2006). Parent and Child Anxiety Sensitivity: Relationship to Children's Experimental Pain Responsivity. *The Journal of Pain*, 7(5), 319-326.
- Tull, M. T., y Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 199-210.
- Valentiner, D. P., Gutiérrez, P. M., & Blacker, D. (2002). Anxiety measures and their relationship to adolescent suicidal ideation and behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(1), 11-32.
- Valiente, R. M., Sandín, B., y Chorot, P. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la

- afectividad negativa y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(1), 61-70.
- Valiente, R. M., Sandín, B., y Chorot, P. (2012). El miedo en niños y adolescentes. *Crítica*, 977. 23-27.
- Viana, A. G., y Rabian, B. (2008). Perceived attachment: Relations to anxiety sensitivity, worry, and GAD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 737-747.
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosí, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P., J., Hernández-Martínez, C., Jané, C., Viñas, F., y Doménech, E. (2009). The factorial structure of the 41-item versión of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 313-327.
- Walsh, T. M., Stewart, S. H., McLaughlin, E. y Comeau, N. (2004). Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 695-706.
- Weems, C., Hammond-Laurence, K., Silverman, W. K., y Ferguson, C. (1997). The relation between anxiety sensitivity and depression in children and adolescents referred for anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 961-966.
- Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J. y Barr Taylor, C. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 471-477.
- Weems, C. F. (2008). Developmental trajectories of childhood anxiety: Identifying continuity and change in anxious emotion. *Developmental Review*, 28, 488-502.

- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., y Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 401-408.
- Wilson, K. A., y Hayward, C. (2006). Unique contributions of anxiety sensitivity to avoidance: A prospective study in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 601-609.
- Wolpe, J. (1998). *Psicoterapia por inhibición recíproca (5ª Edición)*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., y Marceau, K. (2008). Disorders of Childhood and Adolescence: Gender and Psychopathology. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., y Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the anxiety sensitivity index: Evidence and implications. *Psychological Assessment*, 9, 277-284.
- Zubeidat, I., Fdez-Parra, A., Sierra, J. C., y Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19(4), 654-660.
- Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Taylor, S., Bouvard, M., Cox, B. J., Stewart, S. H., Sandin, B., Jurado, S., y Eifert, G. H. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 841-859.

- ✓ *Apéndice 1:* SCAS
- ✓ *Apéndice 2:* STAIC-R
- ✓ *Apéndice 3:* ASI
- ✓ *Apéndice 4:* CASI
- ✓ *Apéndice 5:* ASIC
- ✓ *Apéndice 6:* TAFQ-A
- ✓ *Apéndice 7:* PSWQ-C
- ✓ *Apéndice 8:* FMPS
- ✓ *Apéndice 9:* OBQ-CV
- ✓ *Apéndice 10:* NJRE-QR
- ✓ *Apéndice 11:* CDI-S

SCAS (Spence, 1997)

Tacha con una X el número que mejor indique cuántas veces te ocurre cada una de las cosas que vienen más abajo. Ten en cuenta que los números indican:

Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
0	1	2	3

1	Me preocupan las cosas.	0	1	2	3
2	Me da miedo la oscuridad.	0	1	2	3
3	Cuando tengo un problema, siento una sensación rara en el estómago.	0	1	2	3
4	Siento miedo.	0	1	2	3
5	Sentiría miedo si me quedara solo en casa.	0	1	2	3
6	Siento miedo cuando tengo que hacer un test psicológico.	0	1	2	3
7	Me da miedo cuando tengo que utilizar un servicio o unos baños públicos.	0	1	2	3
8	Me preocupa separarme de mis padres.	0	1	2	3
9	Temo hacer una tontería delante de la gente.	0	1	2	3
10	Me preocupa hacer mal mis deberes escolares.	0	1	2	3
12	Me preocupa que alguien de mi familia tenga una desgracia.	0	1	2	3
13	De pronto y sin razón, siento como si no pudiera respirar.	0	1	2	3
14	Me veo obligado a comprobar que he hecho las cosas correctamente (como que la luz está apagada, o la puerta cerrada).	0	1	2	3
15	Siento miedo cuando tengo que dormir solo.	0	1	2	3
16	Tengo problemas cuando voy al colegio porque me siento nervioso o asustado.	0	1	2	3
18	Me dan miedo los perros.	0	1	2	3
19	No consigo dejar de pensar en cosas malas o tontas.	0	1	2	3
20	Cuando tengo un problema, el corazón me late muy deprisa.	0	1	2	3
21	De pronto y sin razón, me pongo a temblar.	0	1	2	3
22	Me preocupa que me ocurra algo malo.	0	1	2	3
23	Me da miedo ir al médico o al dentista.	0	1	2	3
24	Cuando tengo un problema, me pongo a temblar.	0	1	2	3
24	Me dan miedo las alturas o los ascensores.	0	1	2	3
27	Me veo obligado a pensar en ciertas cosas (como números o palabras) para evitar que ocurran cosas malas.	0	1	2	3
28	Siento miedo cuando tengo que viajar en coche, en autobús o en tren.	0	1	2	3
29	Me preocupa mucho lo que otra gente piense en mí.	0	1	2	3
30	Me da miedo estar en lugares con mucha gente (como centros comerciales, cines, autobuses, o salas de juego que estén llenas).	0	1	2	3
32	De repente me siento muy asustado sin que haya razón para ello.	0	1	2	3
33	Me dan miedo los insectos o las arañas.	0	1	2	3
34	De repente y sin razón, siento mareos o como si me fuera a desmayar.	0	1	2	3
35	Me da miedo hablar delante de la clase.	0	1	2	3
36	De repente y sin razón, mi corazón se pone a palpar.	0	1	2	3
37	Me preocupa sentir miedo cuando no hay nada de qué asustarse.	0	1	2	3
39	Me da miedo estar en lugares pequeños y cerrados, como túneles o habitaciones pequeñas.	0	1	2	3
40	Me veo obligado a hacer ciertas cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar, o poner las cosas en orden).	0	1	2	3
41	Me molestan pensamientos o imágenes malas o ridículas que me vienen a la mente.	0	1	2	3
42	Me veo obligado a hacer "correctamente" algunas cosas para evitar cosas malas.	0	1	2	3
44	Sentiría miedo si me quedara a dormir por la noche fuera de casa.	0	1	2	3

STAIC-R (Spielberger et al., 2001)

Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
0	1	2	3

1	Me preocupa cometer errores	0	1	2	3
2	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
3	Me siento desgraciado	0	1	2	3
4	Me cuesta tomar una decisión	0	1	2	3
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	0	1	2	3
6	Me preocupo demasiado	0	1	2	3
7	M encuentro molesto	0	1	2	3
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	0	1	2	3
9	Me preocupan las ocas del colegio	0	1	2	3
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	0	1	2	3
11	Noto que mi corazón late más rápido	0	1	2	3
12	Aunque no lo digo, tengo miedo	0	1	2	3
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	0	1	2	3
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches	0	1	2	3
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	0	1	2	3
16	Me preocupa lo que otros piensen de mí	0	1	2	3
17	Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	0	1	2	3
18	Tomo las cosas demasiado en serio	0	1	2	3
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida	0	1	2	3
20	Me siento menos feliz que los demás chicos	0	1	2	3

ASI

Nombre _____ **Edad** _____ **Sexo** _____

Conteste al siguiente cuestionario rodeando con un círculo la alternativa (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación, teniendo en cuenta la siguiente gradación:

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Procure contestar a todas las frases de acuerdo con su propia experiencia. No obstante, si alguna de las frases se refiere a algo que Vd. no ha vivido o experimentado nunca, conteste en base a lo que Vd. piense que podría sentir si hubiera tenido tal experiencia. Por favor conteste a todas las frases.

1	Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a	0	1	2	3	4
2	Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a	0	1	2	3	4
3	Me asusto cuando siento que tiemblo	0	1	2	3	4
4	Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo	0	1	2	3	4
5	Es importante para mí mantener el control de mis emociones	0	1	2	3	4
6	Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida	0	1	2	3	4
7	Me resulta embarazoso o molesto cuando mi estómago hace ruidos	0	1	2	3	4
8	Me asusto cuando tengo náuseas (sensación de vómito)	0	1	2	3	4
9	Cuando noto que mi corazón está latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco	0	1	2	3	4
10	Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad	0	1	2	3	4
11	Cuando me molesta el estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enfermo/a	0	1	2	3	4
12	Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea	0	1	2	3	4
13	Cuando siento que tiemblo la gente suele darse cuenta	0	1	2	3	4
14	Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan	0	1	2	3	4
15	Cuando estoy nervioso/a me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo/a	0	1	2	3	4
16	Me asusto cuando estoy nervioso/a	0	1	2	3	4

R. A. Peterson y S. Reiss (1992). Versión española B. Sandín y P. Chorot [publicado en: Sandin, B., Valiente, R.M., y Chorot, P. (1999).

CASI (Sandín y Chorot, 1996)

Nombre _____ Edad _____ Chico _____ Chica _____

Instrucciones: A continuación se indican algunas frases que los chicos y las chicas utilizan para describirse a sí mismos. Lee detenidamente cada frase y marca con una **X** delante de la palabra (**Nada**, **Un poco**, o **Mucho**) que mejor se ajuste a tus sensaciones personales.

No existen contestaciones buenas ni malas. Recuerda que únicamente tienes que señalar la palabra que mejor te describa.

1	Cuando me siento asustado/a, quiero que la gente no se dé cuenta.	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
2	Cuando no puedo concentrarme en mis deberes de clase, me preocupa que pueda estar volviéndome loco/a	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
3	Me asusto cuando siento que tiemblo	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
4	Me asusto cuando siento como si me fuera a desmayar	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
5	Es importante para mí controlar mis sentimientos	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
6	Me asusto cuando mi corazón late rápidamente	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
7	Me siento violento/a cuando mi estómago hace ruidos	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
8	Me asusto cuando siento como si fuera a vomitar	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
9	Cuando noto que mi corazón late rápido, me preocupa que pueda tener algo malo	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
10	Me asusto cuando no respiro bien	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
11	Cuando me duele el estómago, me preocupa que pueda estar realmente enfermo/a	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
12	Me asusto cuando no puedo concentrarme en los deberes de clase	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
13	Cuando siento que tiemblo, los otros chicos/as pueden también darse cuenta	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
14	Me asusto cuando noto en mi cuerpo sensaciones nuevas o poco habituales	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
15	Cuando tengo miedo, me preocupa que pueda estar loco/a	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
16	Me asusto cuando me siento nervioso/a	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
17	Me gusta no mostrar mis sentimientos a los demás	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho
18	Me asusto cuando siento en mi cuerpo sensaciones extrañas o inesperadas.	___ Nada	___ Un Poco	___ Mucho

W. K. Silverman. Adaptación española B. Sandín y P. Chorot

ASIC (Laurent et al., 1998)

Señala en cada frase lo que más cuadre con lo que crees, poniendo una equis (X) en la respuesta que quieres señalar:

Casi nunca es verdad	Algunas veces es verdad	Muchas veces es verdad	Casi siempre es verdad
0	1	2	3

1	Cuando no logro centrarme en lo que estoy haciendo, me preocupa estar volviéndome loco	0	1	2	3
2	Me asusto cuando veo que estoy temblando	0	1	2	3
3	Me asusto cuando me parece que me voy a marear	0	1	2	3
4	Me asusto cuando mi corazón late deprisa	0	1	2	3
5	Me asusto cuando me siento el estómago revuelto	0	1	2	3
6	Cuando siento que mi corazón late rápido, me preocupa que me pase algo malo	0	1	2	3
7	Me asusto cuando no puedo oír mi respiración	0	1	2	3
8	Cuando me siento mal del estómago, me preocupa que pueda ponerme gravemente enfermo	0	1	2	3
9	Me asusta no ser capaz de centrarme en lo que estoy haciendo	0	1	2	3
10	Me asusto cuando me siento el cuerpo raro	0	1	2	3
11	Cuando estoy nervioso, me preocupo por si estoy volviéndome loco	0	1	2	3
12	Me asusta ponerme nervioso	0	1	2	3

TAFQ-A (Muris et al. 2001)

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3

01	Supón que estás con un amigo. De pronto, sin ninguna razón, piensas que tu amigo es estúpido. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como decirle realmente a mi amigo que es estúpido	0	1	2	3
02	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que te estás muriendo. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que realmente me pueda morir.	0	1	2	3
03	Supón que estás solo en una iglesia parado delante de una gran imagen de Jesús. De pronto tienes el pensamiento de escupirle a la imagen. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como escupirle realmente a la imagen.	0	1	2	3
04	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que despiden a tu padre del trabajo y de que tenéis problemas de dinero en casa. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que realmente despidan a mi padre.	0	1	2	3
05	Supón que te encuentras con un compañero de clase. De pronto, sin ninguna razón, piensas en insultarlo. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como insultarlo realmente.	0	1	2	3
06	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que un coche te atropella. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que un coche realmente me atropelle.	0	1	2	3
07	Supón que estás sentando en la clase. Todos tus compañeros están trabajando en silencio. De pronto tienes el pensamiento de pegar un grito con todas tus fuerzas. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como pegar el grito de verdad.	0	1	2	3
08	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que te pones muy enfermo. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que realmente me ponga enfermo.	0	1	2	3
09	Supón que en una calle silenciosa, te encuentras a un niño más pequeño. De pronto, sin ninguna razón, se te ocurre tirarlo al suelo. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como realmente tirarlo al suelo.	0	1	2	3
10	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que tu padre tiene un accidente de coche. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo que mi padre realmente tenga un accidente.	0	1	2	3
11	Supón que vas andando por la calle y te encuentras con una persona desconocida. De pronto se te ocurre hacerle un gesto irrespetuoso (por ejemplo, la peseta, o un corte de mangas). Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como hacerle realmente el gesto irrespetuoso.	0	1	2	3
12	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que tu madre se está muriendo. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que mi madre realmente se muera pronto.	0	1	2	3
13	Has oído que los padres de un compañero están divorciándose. De pronto, se te ocurre gastarles una broma acerca del divorcio de sus padres, aunque no llegas a gastársela. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como gastarles realmente la broma.	0	1	2	3
14	Supón que, de pronto, sin ninguna razón, tienes el pensamiento de que vas a repetir el curso. Creo que tener este pensamiento aumenta el riesgo de que realmente repitas el curso.	0	1	2	3
15	Supón que ves el monedero de tu madre. De pronto tienes el pensamiento de robarle un poco de dinero del monedero. Creo que tener este pensamiento es casi tan malo como robarle realmente dinero del monedero.	0	1	2	3

PSWQ-C (Chorpita et al., 1979)

Casi nunca es verdad	Algunas veces es verdad	Muchas veces es verdad	Casi siempre es verdad
0	1	2	3

1	Mis preocupaciones me fastidian mucho	0	1	2	3
2	No suelo preocuparme por las cosas	0	1	2	3
3	Muchas cosas hacen que me preocupe	0	1	2	3
4	Sé que no debería preocuparme, pero no puedo evitarlo	0	1	2	3
5	Cuando estoy bajo presión, me preocupo mucho	0	1	2	3
6	Siempre me estoy preocupando por algo	0	1	2	3
7	Si quiero, puedo dejar fácilmente de preocuparme	0	1	2	3
8	En cuanto termino algo, empiezo a preocuparme por todo lo demás	0	1	2	3
9	Nunca me preocupo por nada	0	1	2	3
10	Toda mi vida me he preocupado mucho por todo	0	1	2	3
11	Noto que siempre estoy preocupándome por algo.	0	1	2	3
12	Cuando comienzo a preocuparme, no puedo parar	0	1	2	3
13	Todo el tiempo estoy preocupado por algo	0	1	2	3
14	No dejo de preocuparme por las cosas hasta que las termino por completo	0	1	2	3

MPS (Frost et al., 1990)

Redondea con un círculo el número que mejor indique en qué medida estás de acuerdo con cada una de las creencias que vienen más abajo. Ten en cuenta que los números indican:

Nada de acuerdo	Poco de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3

01	Mis padres me ponen unas metas muy exigentes	0	1	2	3
02	La organización es muy importante para mí	0	1	2	3
03	Me castigan por no hacer las cosas de forma perfecta	0	1	2	3
04	Si no me pongo metas muy exigentes, terminaré siendo una persona mediocre	0	1	2	3
05	Mis padres nunca son comprensivos con mis errores	0	1	2	3
06	Es importante para mí ser totalmente competente en todo lo que hago	0	1	2	3
07	Soy una persona ordenada	0	1	2	3
08	Intento ser una persona organizada	0	1	2	3
09	Si fallo en el trabajo o los estudios, soy un fracaso como persona	0	1	2	3
10	Debería molestarme cometer errores	0	1	2	3
11	Mis padres quieren que sea el mejor en todo	0	1	2	3
12	Mantengo metas más exigentes que la mayoría de las personas	0	1	2	3
13	Si otro hace algo en los estudios mejor que yo, siento que he fallado por completo	0	1	2	3
14	Fallar en parte es tan malo como fallar por completo	0	1	2	3
15	En mi familia, sólo los logros destacados se consideran suficientemente buenos	0	1	2	3
16	Soy muy bueno concentrando mis esfuerzos para alcanzar metas	0	1	2	3
17	Incluso cuando hago algo con cuidado, a menudo siento que no está bastante bien	0	1	2	3
18	Odio no ser el mejor en todo	0	1	2	3
19	Tengo metas extremadamente exigentes	0	1	2	3
20	Mis padres esperan de mí lo mejor	0	1	2	3
21	La gente probablemente pensará peor de mí si cometo errores	0	1	2	3
22	Creo que no podré alcanzar las expectativas de mis padres	0	1	2	3
23	No hacer las cosas tan bien como los demás significa que soy un ser inferior	0	1	2	3
24	Otras personas parecen aceptar metas menos exigentes que las mías	0	1	2	3
25	Si no hago las cosas siempre bien, la gente no me respetará	0	1	2	3
26	Las expectativas de mis padres sobre mi futuro siempre son más altas que las mías	0	1	2	3
27	Intento ser una persona ordenada	0	1	2	3
28	Normalmente tengo dudas sobre las cosas cotidianas que hago	0	1	2	3
29	El orden es muy importante para mí	0	1	2	3
30	Espero mejores resultados en mis tareas diarias que la mayoría de la gente	0	1	2	3
31	Soy una persona organizada	0	1	2	3
32	Tiendo a ir retrasado en mi trabajo porque repito las cosas una y otra vez	0	1	2	3
33	Me lleva mucho tiempo hacer las cosas “como es debido”	0	1	2	3
34	Cuanto menos errores cometa, a más gente gustaré	0	1	2	3
35	Creo que es casi imposible alcanzar las metas que mis padres me ponen	0	1	2	3

OBQ-CV (Coles et al., 2010)

Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
0	1	2	3	4

1	Muchas cosas a mi alrededor son peligrosas	0	1	2	3	4
2	Si no estoy completamente seguro de algo, lo más seguro es que me equivoque	0	1	2	3	4
3	Según mi forma de pensar, las cosas siempre deben ser perfectas	0	1	2	3	4
4	Para ser una persona valiosa, tengo que ser perfecto en todo lo que hago	0	1	2	3	4
5	Si puedo hacer algo, debo actuar para evitar desgracias	0	1	2	3	4
6	Debo intentar a toda costa evitar daños, aunque sea muy difícil que ocurran	0	1	2	3	4
7	Para mí, tener impulsos no deseados es tan malo como llevarlos a cabo	0	1	2	3	4
8	Si no hago nada cuando preveo un peligro, soy culpable de lo que pueda suceder	0	1	2	3	4
9	Si no puedo hacer algo de manera perfecta, entonces no debo hacerlo	0	1	2	3	4
10	Creo que debo estudiar siempre esforzándome al máximo	0	1	2	3	4
11	Para mí, es esencial considerar todos los resultados posibles de una situación	0	1	2	3	4
12	Incluso errores de poca importancia significan que un trabajo no está bien hecho	0	1	2	3	4
13	Tener pensamientos agresivos hacia mi familia significa que, en el fondo, quiero hacerles daño	0	1	2	3	4
14	Debo estar seguro de mis decisiones	0	1	2	3	4
15	En general, fracasar al prevenir un daño es tan malo como causarlo a propósito	0	1	2	3	4
16	Siempre estoy esforzándome por evitar problemas graves (por ejemplo, enfermedades o accidentes)	0	1	2	3	4
17	Creo que no prevenir un daño es tan malo como causarlo	0	1	2	3	4
18	Cuando cometo un error, debería enfadarme conmigo mismo	0	1	2	3	4
19	Debo asegurarme de que los demás están protegidos de cualquier cosa mala que yo pueda hacer	0	1	2	3	4
20	Para mí, las cosas no están bien si no están perfectas	0	1	2	3	4
21	Tener malos pensamientos significa que soy una persona malvada	0	1	2	3	4
22	Si no voy con mucho cuidado, corro más peligro que los demás de sufrir o causar desastres	0	1	2	3	4
23	Para quedarme tranquilo, debo estar totalmente preparado ante cualquier cosa que pueda salir mal	0	1	2	3	4
24	No debería tener pensamientos raros o sucios	0	1	2	3	4
25	Cometer un error es, para mí, tan malo como fallar por completo	0	1	2	3	4
26	Es esencial tener todo bien calculado, incluso los asuntos o detalles menores	0	1	2	3	4
27	Pensar una barbaridad sobre una imagen sagrada es tan malo como hacerla de verdad	0	1	2	3	4
28	Debo ser capaz de librar mi mente de pensamientos no deseados	0	1	2	3	4
29	Más a menudo que otras personas me hago daño accidentalmente, o se lo hago a los demás	0	1	2	3	4
30	Tener malos pensamientos indica que soy raro o anormal	0	1	2	3	4
31	Debo ser el mejor en las cosas que son importantes para mí	0	1	2	3	4
32	Tener un pensamiento o imagen sexual no deseado significa que realmente quiero llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
33	Si mis acciones hicieran daño, aunque fuera poco, yo sería responsable de lo que sucediera	0	1	2	3	4
34	A menudo pienso que pasarán cosas malas, incluso cuando soy cuidadoso	0	1	2	3	4
35	Tener pensamientos involuntarios significa que puedo perder el control	0	1	2	3	4
36	Si no pongo mucho cuidado, pasará una desgracia	0	1	2	3	4
37	Debo seguir trabajando en las cosas hasta que quedan totalmente perfectas	0	1	2	3	4
38	Tener pensamientos violentos significa que perderé el control y me pondré agresivo	0	1	2	3	4
39	No prevenir un desastre es, para mí, tan malo como causarlo	0	1	2	3	4
40	Si no hago un trabajo perfecto, los demás no me tendrán en cuenta	0	1	2	3	4
41	Incluso las cosas más normales de mi vida están llenas de peligros	0	1	2	3	4
42	Tener un mal pensamiento es tan malo como realizar una mala acción	0	1	2	3	4
43	No importa lo que haga, no estará lo suficientemente bien hecho	0	1	2	3	4
44	Si no controlo mis pensamientos, merezco que me castiguen	0	1	2	3	4

NJRE–QR (Coles et al., 2003)

En el último mes, ¿te ha ocurrido lo siguiente?

		Nunca	A veces	Mucho	Siempre
1	Una vez vestido, he tenido la sensación de que algunas partes de mi ropa (etiqueta, cuello, perneras, etc.) no se encontraban como deberían.	0	1	2	3
2	Cuando he devuelto un libro a la estantería, he tenido la sensación de que no estaba perfectamente bien colocado con respecto a los otros libros.	0	1	2	3
3	Al cerrar la puerta de mi casa, he tenido la sensación de que no se cerraba como debería.	0	1	2	3
4	Al doblar mi ropa, he tenido la sensación de que mis prendas no tenían el aspecto que la ropa bien doblada debería tener.	0	1	2	3
5	Al escribir algo, he tenido la sensación de que las palabras no estaban escritas en el modo exacto en el que yo quería que lo estuvieran.	0	1	2	3
6	Al hablar con alguien, he tenido la sensación de que mis palabras no habían sido exactamente las adecuadas.	0	1	2	3
7	Al organizar mi escritorio, he tenido la sensación de que mis papeles y otras cosas no estaban como deberían.	0	1	2	3
8	Cuando he enviado una carta por correo, he tenido la sensación de que el modo en el que he echado la carta al buzón no era del todo correcto.	0	1	2	3
9	Tras haberme lavado las manos una vez, he tenido la sensación de que no las sentía como se supone que hay que sentir las cuando están limpias.	0	1	2	3
10	Cuando he colgado un cuadro en la pared he tenido la sensación de que no estaba exactamente como debiera.	0	1	2	3

11. La sensación de la lista anterior que te ha ocurrido **más recientemente** es la siguiente (pon el número que tiene o descríbela):

12. La última vez que sentí esa sensación fue (tacha con una X lo que quieras señalar):

0	1	2	3
En el último mes	En la última semana	Ayer	Hoy

13. ¿Con qué frecuencia has experimentado esa sensación?

0	1	2	3
Nunca	En el último año	En el último mes	Ayer u hoy

14. ¿Cómo ha sido de intensa esa sensación?

0	1	2	3
Nada intensa	Poco intensa	Bastante intensa	Muy intensa

15. ¿En qué grado esa sensación te causó malestar **cuando la estabas experimentando**?

0	1	2	3
Ningún malestar	Poco malestar	Bastante malestar	Mucho malestar

16. ¿En qué grado esa sensación te causa malestar tras haberla experimentado, **durante ese mismo día**?

0	1	2	3
Ningún malestar	Poco malestar	Bastante malestar	Mucho malestar

17. ¿Hasta qué punto sentiste que no podías apartar esa sensación de tu mente?

0	1	2	3
Ninguna dificultad	Poca dificultad	Bastante dificultad	Mucha dificultad

18. ¿Hasta qué punto sentiste la necesidad de hacer algo ante esa sensación?

0	1	2	3
Ninguna necesidad	Poca necesidad	Bastante necesidad	Mucha necesidad

19. ¿Hasta qué punto sentiste que era responsabilidad tuya hacer algo ante esa sensación?

0	1	2	3
Nada	Un poco	Bastante	Mucho

CDI-S (Kovacs, 1992)

Los chicos/as como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario recogemos estos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea **la que mejor describa** cómo te has sentido **durante estas dos últimas semanas**. Cuando hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente. Hagamos un ejemplo. Tacha con una X el cuadradito que hay junto a la frase que **MEJOR** te describa:

EJEMPLO:

- ☐ Leo libros muy a menudo
- ☐ Leo libros de vez en cuando
- ☐ Nunca leo libros

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas.

- 1.- ☐ Estoy triste de vez en cuando
☐ Estoy triste muchas veces
☐ Estoy triste siempre
- 2.- ☐ Nunca me saldrá nada bien
☐ no estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
☐ las cosas me saldrán bien
- 3.- ☐ Hago bien la mayoría de las cosas
☐ Hago mal muchas cosas
☐ Todo lo hago mal
- 4.- ☐ Me odio
☐ No me gusta como soy
☐ Me gusta como soy
- 5.- ☐ Tengo ganas de llorar todos los días
☐ Tengo ganas de llorar muchos días
☐ Tengo ganas de llorar de vez en cuando
- 6.- ☐ Las cosas me preocupan siempre
☐ Las cosas me preocupan muchas veces
☐ Las cosas me preocupan de vez en cuando
- 7.- ☐ Tengo buen aspecto
☐ Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
☐ Soy feo/a
- 8.- ☐ Nunca me siento solo
☐ Me siento solo muchas veces
☐ Me siento solo siempre
- 9.- ☐ Tengo muchos amigos
☐ Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más
☐ No tengo amigos
- 10.- ☐ Nadie me quiere
☐ No estoy seguro de que alguien me quiera
☐ Estoy seguro de que alguien me quiere